



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



3.º Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Orientador: Professora Doutora Filomena Martins

Coorientador: Professor Doutor António Arco

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

(RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO E EN-
FERMAGEM COMUNITÁRIA)

Gaudêncio Miguel Tavares

FEVEREIRO 2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Orientador: Professora Doutora Filomena Martins
Coorientador: Professor Doutor António Arco

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

(RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO E EN-
FERMAGEM COMUNITÁRIA)

Gaudêncio Miguel Tavares

Fevereiro 2015

A fome na barriga não dá indicações para as complexidades da gastronomia. O corpo, os genitais e a capacidade de linguagem são todos necessários à sexualidade humana. Mas eles não determinam o seu conteúdo, as suas experiências ou as suas formas institucionais.

Gayle Rubin

Agradecimentos

Quero agradecer a toda a minha família, em especial a Ana Margarida, a Mariana e a Francisca; pelo apoio familiar necessário para a frequência e realização do Mestrado.

Agradeço a todos os meus colegas de Mestrado em especial ao Luís, Sílvia, Gabriela, Fernando e Ana Luísa, por toda a disponibilidade e ajuda que me prestaram durante o mesmo.

Agradeço ainda a todos os professores em especial à Coordenadora do Mestrado em Enfermagem e minha orientadora de tese a Professora Doutora Filomena Martins pela disponibilidade e generosidade, que sempre me dispensou.

Agradeço ao meu co-orientador de tese Professor Doutor António Arco por todo o apoio que me prestou.

Em memória de Jacinta Tavares e Augusto Tavares.

Resumo

O presente relatório, foi elaborado, no âmbito do III Mestrado em Enfermagem com área de especialização de saúde comunitária.

Neste documento, pretendemos descrever, analisar e reflectir, sobre as actividades desenvolvidas durante o estágio, que teve por objectivo desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, através da interacção da teoria e da prática na construção do nosso perfil de enfermeiro especialista em saúde comunitária.

O trabalho de campo foi realizado numa escola secundaria do distrito de Portalegre, junto dos alunos do 8.º e 11.º ano de escolaridade.

Foram assim realizadas sessões de educação para a saúde no âmbito da educação sexual a 214 alunos, que relativamente ao grau de satisfação geral, 60,5% dos jovens disseram muito satisfeitos e 37,6% satisfeitos, sendo que este critério teve uma avaliação positiva de 98,1%.

Palavras-chave: enfermagem comunitária, planeamento em saúde, educação para a saúde, promoção da saúde sexual dos jovens.

Abstract

This report was prepared under the III Master in Nursing in community health field of expertise.

In this paper, we intend to describe, analyze and reflect on the work done during the stage, which was designed to develop technical, scientific and relational skills through the interaction of theory and practice in building our profile of specialist nurses in community health.

Fieldwork was conducted in a secondary school in Portalegre, with students from the 8th and 11th degrees.

Health education sessions were thus carried out under sex education to 214 students, which in relation to overall satisfaction, 60.5% teens were very satisfied and 37.6% satisfied.

This criterion had a positive rating of 98.1%.

Keywords: Community nursing, health planning, health education, sexual health promotion for young people.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

Art.^o - Artigo
Ed^a- Editora
Enf^a. – Enfermeira
Enf^o. - Enfermeiro
N^o- Número
P - Pagina

SIGLAS E ACRÓNIMOS

APF – Associação para o Planeamento da Família
CE – Contracepção de Emergência
CEF – Curso Educação e Formação
CEP – Conferência Episcopal Portuguesa
CO – Contraceptivo Oral
COC – Contraceptivo Oral Combinado
DGS – Direcção-Geral da Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESSL – Escola Secundária de São Lourenço
ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre
EUA – Estados Unidos da América
GAF – Grupo Aprender em Festa
ICN - International Council of Nurses
IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência
IPP – Instituto Politécnico de Portalegre
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS – Organização Mundial de Saúde
OE – Ordem dos enfermeiros
PE – Projecto Educativo
PEPT - Programa Educação para Todos
PES - Programa de Promoção e Educação para a Saúde
POC – Contraceptivo Oral com Progestogénio
PROJAS- Projecto Jovens Animadores de Saúde
PS – Plano de sessão
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
VHC – Vírus da Hepatite C
WHO – World Health Organization

Índice

	f
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I	18
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	24
2.1 ADOLESCÊNCIA.....	24
2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO	26
2.3 A VIVÊNCIA DAS TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS.....	29
2.3.1 Como vivenciam as raparigas as transformações do seu corpo.....	32
2.3.2 Como vivenciam os rapazes as transformações do seu corpo.....	32
2.4 SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	33
3– SEXUALIDADE HUMANA.....	38
3.1 A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	40
3.2 A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE PELO ENFERMEIRO.....	45
4– FONTES DE INFORMAÇÃO.....	47
4.1 FAMÍLIA.....	47
4.2 ESCOLA.....	49
4.3 OS PARES (GRUPOS E AMIGOS).....	50
4.4 RELIGIÃO.....	52
4.5 MÉDIA - TELEVISÃO, INTERNET E REVISTAS.....	53
4.6 SERVIÇOS DE SAÚDE.....	53
5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	55
5.1 TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL DE BANDURA.....	58
5.2 A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR.....	62
5.3 A EDUCAÇÃO SEXUAL EM PORTUGAL.....	64
5.4 SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL	67
5.4.1 A educação sexual em meio escolar.....	69

5.4.2 O papel do enfermeiro na educação para a saúde/educação sexual.....	75
6. O PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	79
6.1 A ENFERMAGEM E O PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	86
PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO.....	89
1. O PLANEAMENTO EM SAÚDE COMO ESTRATEGIA PARA INTERVIR NA COMUNIDADE.....	90
2. CAMPO DE ESTÁGIO – ESCOLA SECUNDÁRIA DE S.LOURENÇO.....	91
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	92
2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	94
2.2.1 Problemas identificados.....	99
2.2.2 Necessidades determinadas.....	100
2.3 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	100
2.4 FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS.....	101
2.5 SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	104
2.6 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS.....	105
2.7 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO.....	106
2.8 SESSÕES REALIZADAS.....	108
2.9 AVALIAÇÃO.....	110
3. DISCUSSÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA.....	118
CONCLUSÃO.....	128
BIBLIOGRAFIA.....	133
ANEXOS.....	153
Anexo I – Instrumento de colheita de dados do DS.....	154
Anexo II – Instrumento de colheita de dados do Diagnóstico de Situação.....	156
APÊNDICES.....	163
Apêndice I. Projecto Individual de Estágio (PIE).....	164
Apêndice II: Material de apoio às sessões de educação para a saúde do 8.º e 11º ano de escolaridade.....	204
Apêndice III: Questionário de avaliação da satisfação dos participantes nas sessões de educação para a saúde.....	206

Índice de Figuras

	f
Figura nº1 – Etapas do processo de planeamento em enfermagem	88
Figura n.º 2: Diagrama de interacção segundo a Teoria Cognitiva-Social de Bandura ..	60

Índice de Tabelas

f

Tabela n.º1: N.º total de alunos por turma	93
Tabela n.º2: Requisitos dos indicadores do modelo	102
Tabela n.º3: Frequência e percentagem de jovens participantes segundo o género	111
Tabela n.º4: Nível de escolaridade dos jovens participantes	112
Tabela n.º5: Idade dos jovens participantes	112
Tabela n.º6: Forma como te sentiste durante a sessão	113
Tabela n.º7: Simpatia e disponibilidade dos técnicos	113
Tabela n.º8: Competência e profissionalismo dos técnicos	114
Tabela n.º9: Utilidade dos temas abordados	114
Tabela n.º10: Forma como os temas foram abordados	115
Tabela n.º11: Esclarecimento de dúvidas	115
Tabela n.º12: A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais	116
Tabela n.º 13: Grau Satisfação em geral	116

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório, do 2.º ano/1.º semestre, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, (correspondendo a um total de 840h), e que foi realizado na Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre.

Foi orientado pela Professora Doutora Filomena Martins, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre.

Na sequência de trabalhos anteriores que têm vindo a ser desenvolvidos pelos alunos de especialização em enfermagem de saúde comunitária da ESSP na Escola Secundária de São Lourenço, esta escola reforçou a importância de continuar a desenvolver trabalho na área da educação para a saúde com os seus alunos.

Deste modo, e face à disponibilidade da Escola, procedemos à elaboração do projecto de estágio de grupo e consequentemente ao projecto individual de estágio (Apêndice 1).

Pese embora este trabalho tenha na sua base um projecto conjunto e partilhado com o grupo de trabalho, cada mestrando deverá por sua vez definir quais os objectivos e competências que pretende desenvolver durante o estágio, face aos pressupostos definidos para a especialização de saúde comunitária.

A preparação deste estágio teve por objectivo a elaboração e concretização de acções educativas para a saúde na área dos afectos e da sexualidade nesta comunidade escolar.

Assim, o presente relatório procura traduzir todo o processo de capacitação, sustentado pelo estado da arte, bem como o reforço das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Tendo como referência este conjunto de competências, será efectuada uma descrição e análise do todo o processo e respectivas actividades realizadas, nomeadamente: o planeamento em saúde e as sessões de educação para a saúde.

Beneficiando do carácter profissionalizante desta Especialidade, os campos de estágio constituem um momento privilegiado, que enriquecido pela componente teórica, constitui uma oportunidade de desenvolver a prática de cuidados de uma forma proficiente, adquirindo competências de modo a proceder e uma supervisão clínica eficaz e otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

O estágio está assim organizado em 2 partes:

Na primeira parte, foi realizado um diagnóstico de saúde em uma comunidade específica, tendo no nosso caso a escolha recaído na Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre.

Na segunda parte, procedeu-se à elaboração e implementação de um projecto de intervenção comunitária, com base no diagnóstico efectuado e de acordo com as necessidades encontradas.

Neste sentido, a temática central do trabalho desenvolvido é a **Sexualidade na Adolescência**, pois constitui para nós uma área de interesse e uma área fundamental no âmbito da Saúde Comunitária. Esta escolha, também nos permite ir ao encontro de uma das áreas contempladas no Plano Nacional de Saúde para os anos 2012-2016, que traduz na sua visão a necessidade de “Maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”.(PNS,2013:17).

Em 2006 o Alto-Comissário da Saúde a quem compete a coordenação dos Programas Nacionais aprovou o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), através do Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho.

A Direcção-Geral da Saúde a quem compete orientar tecnicamente o Programa, divulgou-o através da Circular Normativa n.º 7/DSE de 29/6/06.

Este programa na sua essência traduzia as estratégias a implementar no âmbito da saúde escolar, e identificava a saúde escolar, como o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção da saúde na escola, que deveria desenvolver competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida (PNSE, 2006).

Este mesmo programa assentava nas suas premissas, a evidência científica que tem vindo a demonstrar que a maior parte dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através de um programa de saúde escolar efectivo, Os programas de saúde escolar desenvolvem-se prioritariamente na escola e visam contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e jovens escolarizados (Ministério da Saúde, 2006) (PNSE, 2006).

No contexto Europeu, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em Health 2020, A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century, aprovada pela OMS Europa em 2013, e que fixa uma Estratégia de Saúde em Todas as Políticas, determinou que a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis devem ter uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, não esquecendo que os serviços de saúde devem ter um importante papel

na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização.

Os projetos no âmbito da Saúde Escolar, baseados nos pressupostos do Plano Nacional de Saúde Escolar, constituem uma forma de planeamento em saúde, permitindo racionalizar recursos de saúde e tornar mais eficiente o processo de atuação, de modo a capacitar o indivíduo a ser pró-ativo no seu processo de vida e de saúde (Rocha, A.,2011:89).

O trabalho desenvolvido no estágio, seguiu a metodologia do planeamento em saúde.

Esta metodologia, assenta nas seguintes etapas: identificação das necessidades, estabelecimento de prioridades, definição de objectivos, selecção de estratégias, desenvolvimento das actividades e avaliação do (s) projecto (s) (através dos indicadores de avaliação).

O enfermeiro com especialização em enfermagem comunitária (EEC) e grau de mestre, de acordo com o regulamento geral do mestrado em enfermagem de natureza profissional da Escola Superior de Saúde de Portalegre (ESSP), actualmente em vigor, deverá demonstrar um conjunto de competências que passamos a descrever:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de EEC.
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEC.
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os seus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialista quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Objectivos:

Este estágio e o seu consequente relatório (e por tudo aquilo que representam), revestem-se de uma extrema importância.

Deste modo o presente relatório tem como **objetivo geral**:

- Descrever, analisar e reflectir sobre as actividades desenvolvidas no âmbito do estágio relativo à especialidade de enfermagem comunitária, tendo como referencial as competências específicas definidas para o enfermeiro especialista.

E como **objetivos específicos**:

- Descrever e analisar de uma forma crítica os objectivos e as actividades desenvolvidas em estágio.
- Desenvolver a capacidade de análise e interpretação dos dados recolhidos no diagnóstico, bem como a sua estruturação através de uma intervenção comunitária em meio escolar.
- Desenvolver a capacidade de reformulação, síntese e disponibilização dos saberes adquiridos no curso de especialização.
- Desenvolver a capacidade, operacionalização e controlo das actividades de educação para a saúde, bem como de avaliação dos objectivos definidos.
- Efectuar uma apreciação global do mesmo, através da reflexão sobre os percursos de aprendizagem adquiridos.

Estratégias metodológicas

A identificação das estratégias metodológicas não é mais do que a escolha de procedimentos sistémicos que permitam a descrição e explicação de um determinado fenómeno, ao qual subjaz um corpo de conhecimentos, onde se ligam técnicas, elementos teóricos e epistemológicos, de modo, a delinear e operacionalizar a aproximação à problemática em estudo.

Entende-se por método, como o conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para se obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo. Metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (Yin, 2003).

Para que um método de pesquisa tenha seu emprego adequado, é preciso sabermos se ele responderá aos objetivos da investigação científica que queremos empreender (Yin, 2003).

Na elaboração deste relatório, a escolha recaiu sobre três estratégias, designadamente: análise documental, metodologia do planeamento em saúde e análise quantitativa.

A análise documental, que é procedimento que é capaz de fornecer ao investigador evidências que fundamentam as suas afirmações (Denzin & Lincoln 1994).

A nossa análise documental e de conteúdo, recaiu essencialmente ao nível dos materiais produzidos no âmbito da educação para a saúde, atitudes dos jovens face à sexualidade e educação sexual, que nos permitissem sustentar e fundamentar o trabalho desenvolvido durante o estágio.

Face ao desenho da intervenção aplicamos a metodologia do planeamento em saúde cumprindo todas as suas fases, aqui vista como uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, (Ordem Enfermeiros Portugueses, 2010).

No final, utilizamos a análise quantitativa no tratamento do questionário de satisfação (parte das perguntas fechadas) através do programa SPSS® versão 21.0 para Windows, recorrendo à estatística descritiva com a análise de frequências absolutas e percentagens.

Refira-se que relativamente à pergunta aberta do questionário de satisfação (pergunta n.º 7), os participantes não responderão à mesma, pelo que esta não foi considerada para análise.

Estrutura e apresentação

Do ponto de vista estrutural e de apresentação este relatório está organizado em duas partes e sequencialmente dividida em 10 capítulos.

A primeira parte contextualiza o enquadramento conceptual e teórico relativo à elaboração e implementação do nosso projecto de intervenção comunitária, sendo abordado as questões da adolescência e sexualidade na adolescência.

Abordaremos também o conceito de sexualidade humana, verificando a sua evolução e interligação na esfera da saúde.

Em continuação abordamos o processo de planeamento em saúde, fazendo uma breve análise das suas várias etapas e dando especial enfoque ao papel do enfermeiro no planeamento em saúde.

A segunda parte é destinada ao enquadramento metodológico, na qual será desenvolvido um projecto de intervenção comunitária através de uma componente prática e tendo na sua base a metodologia do planeamento em saúde.

Procedemos à discussão e análise dos resultados. No final, serão apresentadas as conclusões complementadas pelas competências adquiridas, consubstanciadas no perfil de

enfermeiro especialista em enfermagem comunitária descrito pela Ordem dos Enfermeiros e por nós adquiridas.

Os restantes produtos elaborados durante o estágio, ou seja, o projecto de estágio de grupo e individual, os instrumentos de colheita de dados elaborados e a planificação pedagógica das sessões de formação apresentadas são remetidos para anexos.

Este relatório foi elaborado de acordo com as normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Parte 1

Enquadramento conceptual e teórico

1. Enquadramento conceptual

Nos últimos 30 anos o Ministério da Educação tem vindo a manifestar preocupações no âmbito da educação sexual em meio escolar, sendo que este percurso foi feito com avanços e recuos, muito deles resultantes da complexidade e das dificuldades de consensos sobre estas matérias, sendo que até 1984 em Portugal não havia qualquer quadro legal relativo à educação sexual nas escolas.

Desde esta data foi sendo construído um quadro legal, sendo que, e de uma forma breve, passaremos a enumerar alguns dos marcos legislativos de referência.

A Lei nº3/84, de 24 de Março, estipula que o “Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação” (Artº1). A garantia da educação sexual será feita “através da escola, organizações sanitárias e meios de comunicação social” (Artº2) e os “os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas (...), evitando a discriminação de funções entre mulher e homem” devendo ser dada particular atenção “à formação inicial e permanente dos docentes” e à criação de “condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação sexual dos seus filhos” (Artº2º, nº2 e nº3).

A lei considera aspectos práticos essenciais, tais como a inclusão de conteúdos pertinentes à educação sexual nos *currícula*, a formação de docentes sem esquecer a “intervenção dos pais”.

A Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei nº46/86, de 14 de outubro publicada em 1986 prevê a abordagem da educação sexual, integrando-a numa área de formação pessoal e social, ao mesmo tempo que refere um conjunto de valores a associar à formação da personalidade dos indivíduos.

A Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde (CCPES) foi criada por Despacho nº 15 587 (2ª série), de 1999, e o objectivo essencial foi dar continuidade ao que então vinha sendo feito, dotando o Ministério da Educação de uma estrutura competente para “garantir continuidade, consolidar e conferir carácter estrutural e permanente à promoção e educação para a saúde”.

A Lei n.º 120/99, de 11 de agosto, no seu artigo 1.º consagrou “medidas no âmbito da educação sexual, do reforço de acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis” (Assembleia da República, 1999: 5232).

O Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro, “incorpora matérias referentes à organização da vida escolar, com especial relevância para a intervenção dos serviços especializados de apoio educativo nas escolas, à organização curricular, favorecendo uma abordagem integrada e transversal da educação sexual, ao envolvimento dos alunos e dos encarregados de educação e das respectivas associações e à formação de professores” (ME, 2000: 5784).

O Despacho nº 19 737/2005 (2ª série), de 15 de junho, determina a criação de um grupo de trabalho incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais de educação sexual em meio escolar, na perspetiva da promoção da saúde. (ME, 2005:13348)

O Despacho nº 25 995/2005, de 16 de dezembro, aprova e reafirma os princípios orientadores das conclusões dos relatórios no que se refere ao modelo de educação para a promoção da saúde. (ME, 2005:17515)

O Despacho nº 2506/2007, de 20 de fevereiro, define linhas de orientação para o professor coordenador da área temática da saúde. (ME, 2007:4427)

O Despacho nº 19 308/2008, de 21 de julho, determina que, ao longo do ensino básico, em área de projeto e em formação cívica, sejam desenvolvidas competências no domínio da educação para a saúde e sexualidade. (ME, 2008:32271)

A Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto (regulamentada pela Portaria n.º 196A/2010, de 9 de abril) estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, consagrando:

“as bases gerais do regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, conferindo-lhe o estatuto e obrigatoriedade, com uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, especificada por cada turma e distribuída de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano lectivo e, por último, estabelecendo-se ainda que a educação sexual deva ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permita respeitar o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa” (Ministério da Saúde e da Educação, 2010: 1170-(2)).

Ao mesmo tempo traduz no seu artigo 2.º as finalidades da educação sexual em meio escolar:

- a) A valorização da sexualidade e afectividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa;
- b) O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- c) A melhoria dos relacionamentos afectivo – sexuais dos jovens;
- d) A redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis;

- e) A capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais;
- f) O respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais;
- g) A valorização de uma sexualidade responsável e informada;
- h) A promoção da igualdade entre os sexos;
- i) O reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde;
- j) A compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos;
- l) A eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual. (ME; 2009:5097)

Não obstante a legislação emanada pelo estado português acerca da educação sexual nas escolas, verifica-se neste âmbito, que tanto os pais como os professores se continuam a demitir da sua tarefa educativa (Costa, 2006).

Ao nível dos profissionais de saúde, o papel do enfermeiro deverá ser de enorme importância, face este se posicionar como um agente de mudança comportamental.

O *International Council of Nurses* (ICN) define Enfermagem como:

“o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes. A enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. A advocacia, promoção de um ambiente seguro, participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, bem como na educação, são também papéis fundamentais da enfermagem” (ICN, 2008).

Face a esta responsabilidade é necessário que os profissionais de enfermagem invistam na sua formação pós graduada ou contínua de forma a estarem preparados para responder a todos os condicionantes no sentido da promoção da saúde e de prevenção da doença.

“Os enfermeiros como profissionais de saúde com uma formação orientada para a saúde e para a pessoa na sua totalidade e enquadramento sociofamiliar, actuam nas diversas áreas, preventiva, curativa e, em particular, na educação em saúde, constituindo a saúde dos adolescentes uma interface da sua actuação” (Oliveira *et al*, 2008, citados pelo Conselho de Enfermagem, 2009: 4).

Deste modo, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e face às suas competências definidas para área da educação para a saúde, deverá ter um papel activo como agente de formação/ informação na área da educação sexual na adolescência quer no seu local de trabalho quer em intervenções comunitárias em meio escolar, (Conselho de Enfermagem, 2001).

Tendo por base o carácter profissionalizante desta especialidade, os campos de estágio constituem por si só, um momento privilegiado para desenvolver a prática de cuidados de uma forma competente, adquirindo competências de modo a proceder e uma supervisão clínica eficaz e otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Em Portugal, tem-se vindo a assistir a uma progressiva mudança nos processos de trabalho em educação para a saúde.

De um modelo fundamentalmente prescrito, assente nos “ensinos” individuais ou de grupo, ou na realização de palestras sobre temas de doença, tem-se vindo a evoluir para novas estratégias de intervenção, baseadas na chamada metodologia de projecto, ou em processos de animação comunitária com vista ao desenvolvimento.

Foram percussores destas metodologias projectos como os desenvolvidos pelo GAF - Grupo Aprender em Festa de Gouveia, os inúmeros projectos centrados na escola, muitos deles financiados pelo programa PEPT 2000, ou ainda projectos centrados em metodologias de “*peer education*”¹, como o PROJAS - Projecto Jovens Animadores de Saúde, desenvolvido na Sub-região de Saúde de Setúbal, ou o projecto Jovens Promotores de Saúde, desenvolvido no concelho da Amadora com a comunidade migrante.

Estes projectos, demonstraram que trabalhar em educação para a saúde utilizando metodologias participativas e de animação local, é factor de promoção da auto-estima, do sentido crítico e da autonomia das pessoas e comunidades, constituindo, assim, um importante instrumento de desenvolvimento pessoal, social e de melhoria do seu nível de saúde.

À escola cabe, também, um papel importante e ineludível na educação para a saúde.

É na escola que se adquirem e consolidam novos conhecimentos e se desenvolvem capacidades e competências que permitirão uma inserção plena das crianças e jovens na sociedade, como pessoas livres, solidárias e autónomas.

Também a este nível se desenvolveram em Portugal esforços no sentido de uma maior valorização da aprendizagem da saúde no contexto das aprendizagens escolares.

O Programa de Promoção e Educação para a Saúde (PES) lançado em 1993 pelo Ministério da Educação, ou os projectos saúde-escola no âmbito do Programa Educação para Todos (PEPT 2000), são exemplos concretos de que é possível perspectivar e concretizar formas de trabalhar as questões da saúde na escola, de modo mais inovador e adequado aos problemas e necessidades desta população.

Os serviços de saúde detêm uma particular responsabilidade na promoção da saúde, que decorre não só da especificidade da sua intervenção, mas também das múltiplas oportunidades de contacto directo dos seus profissionais com as pessoas que a eles acorrem e com as comunidades que servem.

Mas a promoção da saúde é uma tarefa que não depende exclusivamente do sector saúde e que necessita da colaboração activa de outros sectores da vida social, com particular destaque para as autarquias, empresas, IPSS, e outras estruturas da comunidade.

¹ “Peer Education” A Educação pelos Pares ou é um conceito conhecido a nível mundial, sendo uma metodologia bastante utilizada, desenvolvida e divulgada em Programas de Promoção e Educação para a Saúde, por exemplo em programas de educação sexual e prevenção e abuso de droga). (Svenson, Gary R.; 1998)

Em última análise, a promoção e educação para a saúde é uma tarefa que a todos diz respeito e se concretiza através da acção de cada um de nós, ao longo da vida e nos diferentes contextos ambientais que nos rodeiam.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Adolescência

É um período privilegiado da existência humana em que se verificam mudanças orgânicas, cognitivas, sociais e afetivas que interferem intensamente nos relacionamentos interpessoais quer a nível familiar, escolar e social.

Do ponto de vista etário, aspeto cronológico do ciclo vital, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) considera adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos, e jovem aquele entre 15 e 24 anos.

Identificam-se, assim, como adolescentes jovens os indivíduos com idade de 15 a 19 anos, e adultos jovens aqueles com idade de 20 a 24 anos.

Apesar das definições clássicas de adolescência se centrarem na delimitação cronológica, é fundamental enquadrá-la em âmbitos abrangentes como as características biológicas, psicológicas e sociais. Estes aspetos salientam todo o processo de mudanças notórias nas diferentes áreas de vida dos jovens (física, social, emocional, cognitiva) que determinam, quer as funções que terão de desempenhar, quer a alteração da sua própria estrutura até esta fase (Bizarro, 2001).

O que em primeiro lugar podemos concluir (e tendo por base o levantamento bibliográfico) relativamente à idade, as fronteiras são flexíveis.

Embora não existam períodos rígidos, é útil compreender as três fases da adolescência (início, meio e final), devido às variações que acarretam.

Para tornar as suas fases mais definidas e orientar a investigação desenvolvimental, a SRA (*Society for Research on Adolescence*) delimitou a adolescência entre os 10 e os 22 anos de idade, subdividindo-a em três fases: a adolescência inicial (10 aos 15 anos), a fase intermédia da adolescência (entre os 15 e os 18 anos) e a fase final da adolescência (dos 18 aos 22 anos) (Compas, Hinden, & Gerhardt, 1995).

Nestes pressupostos, a infância e especialmente a adolescência, não seriam mais que etapas nesse contínuo, fases de transição entre o organismo infantil, incompleto e inacabado para o adulto, esse sim pronto, acabado e socialmente ajustado.

Dessa forma, o critério cronológico é privilegiado para distinguir essa etapa evolutiva em direção à maturidade (Oliveira *et al*, 2002)

Assim sendo, o adolescente é definido por oposição à criança e ao adulto, pelas suas características e necessidades peculiares, é mais que um, menos que o outro.

A palavra adolescência surge a partir do verbo latino “*adolescere*”, que significa crescer.

Embora o crescimento não seja uma característica apenas da adolescência, fazendo parte integrante de outros períodos de vida das pessoas, a verdade é que o crescimento, nesta fase; envolve mudanças tao profundas e radicais, que são sentidas pelos jovens com profunda intensidade.

“Puberdade”, por sua vez, origina-se dos termos latinos *pubertas* e *pubescere*, que significam apresentar pelos no corpo e atingir a maioridade; o conceito de puberdade, portanto, refere-se às mudanças biológicas e fisiológicas associadas à maturação sexual (Muuss, 1988).

Para Piaget & Inhelder (1979, citados por Sá, (1997), o adolescente sem que seja adulto, encontra-se na encruzilhada de um duplo movimento de sentido contrário de avanço, a nível funcional, com a aquisição da função reprodutora e com aceleradas transformações somáticas e, a nível cognitivo com a introdução da dimensão hipotético-dedutiva nas operações psíquicas e de retrocesso reorganizador, sedimentando os adectos e questionado os objectos da relação.

Para Olson (1983) a adolescência é um período ou uma etapa na vida de um individuo que se inicia por profundas alterações morfológicas, biológicas e psicológicas, terminando pela formação de uma personalidade e adoção de um sistema de valores que pronunciam a entrada na idade adulta.

Tavares & Alarcão (1992) definem adolescente como aquele que “está a crescer, a amadurecer do ponto de vista orgânico, psicológico e social e humano, contraposto ao adulto”.

Piaget (1990) refere que o adolescente é um individuo que constrói sistemas e teorias cuja adaptação à sociedade far-se-á de forma automática quando se torna realizador. Para o mesmo autor, o adolescente não tem tempo nem oportunidade para aperfeiçoar a sua metafísica, as suas paixões e a sua megalomania para uma verdadeira criação pessoal, fatores indispensáveis para a formação de um “EU” dinâmico, interativo, onde impera a inteligência e a afetividade.

No final da adolescência, o jovem deve estar capacitado para emancipar-se da tutela parental, estabelecer relações de intimidade amorosa, comprometer-se num conjunto de objetivos de vida que fomentem a autonomia, a responsabilidade, a capacidade de decisão e assunção de um código de valores pessoais (Dias e Fontaine, 2001).

Cordeiro (2009:33-34) referencia que a passagem da criança a adolescente é marcada por “(...) significados simbólicos de ser adulto, mas nos desempenhos que marcam a adultícia de uma forma menos boa: arriscar a vida, fumar, beber exageradamente, entre outros.

Mais do que dizer sou adolescente parece quer dizer que não sou criança, logo sou um adulto”.

Por sua vez, a pesquisa científica sobre a temática da adolescência tem vindo a desenvolver-se de forma considerável nas últimas duas décadas.

Este aumento está evidente em revisões principais de literatura realizadas e publicadas nas principais revistas científicas, designadamente: (Annual Review of Psychology; 1988, 1995, 1998, 2001, 2006), em novas revistas científicas (Journal of Research on 7 Adolescence), e em literatura na área da psicologia, (American Psychologist, Psychological Bulletin) e do desenvolvimento, (Child Development, Developmental Psychology) (Smetana, Campione-Barr & Metzger, 2006).

Como resultado, as intervenções com os adolescentes, têm vindo a incluir, progressivamente, a prevenção, atuando nos fatores de proteção e promoção da saúde e bem-estar psicológico, em contraponto com as habituais linhas de aplicação ao nível das problemáticas próprias da adolescência.

2.2 - Evolução histórica do conceito

Constata-se a ausência de considerações históricas na literatura contemporânea sobre a adolescência.

Segundo Ariés (1973) é só no fim do séc. XIX e início do séc. XX que a adolescência a que então chamavam “juventude” transformou-se num tema dominante e numa preocupação dos investigadores.

É nesta época que assistimos ao surgir de variadas interrogações sobre o que pensa a juventude e desde logo o aparecimento de artigos científicos sobre o tema.

Para o mesmo autor na europa pré-industrial não havia distinção entre a infância e a adolescência, não se concebia uma categoria etária a que chamam hoje a adolescência, e que a ideia de tal categoria demorará muito a formar-se.

Porém para Eisenstad (1960) o reconhecimento do estágio diferente da infância e da idade adulta existiu em todas as sociedades conhecidas e em todas as épocas.

No entanto, é por volta de 1900 que nasce o conceito de adolescência, consciência de ser jovem. Este conceito surge como algo que encerra novos valores suscetíveis de vivificar uma sociedade envelhecida.

Contudo, este novo conceito só se tornará geral na Europa, no fim da primeira guerra mundial.

A partir daqui, a adolescência, segundo Claes (1990), distende-se, empurrando a infância a montante, a maturidade adulta a jusante, assistindo –se progressivamente à clivagem

das gerações que caracteriza a nossa época e ao prolongamento da adolescência até a década situada entre os 10 e os 20 anos.

Outro fenómeno novo passa a ser identificado, o processo legislativo, Paxman & Juckerman (1989) revelam entre outros aspetos que a legislação se passa a preocupar e a legislar sobre questões tais como: a idade mínima para casar, para ter carta de condução, para sair da escola, idade para cumprir serviço militar e para beber álcool.

Depois da segunda guerra mundial, assistiu-se na maior parte dos pais da região europeia a uma liberalização progressiva das relações entre os sexos, devida a sequelas da guerra, aos progressos dos feminismos e ao aparecimento dos anticoncetivos orais.

Esta situação teve consequências profundas e duradouras tanto nos indivíduos como para as sociedades e nações.

Sprinthal & Sprinthal (1997), referem que nas raparigas a adolescência é sinalizada pela ocorrência de menarca em simultâneo com o desenvolvimento dos seios e que geralmente acontece por volta dos 13 anos embora possa acontecer aos 10 ou aos 16.

Para Sampaio (1998a), o conceito de adolescência aparece resultante das alterações sofridas pela família. Refere ainda que nas sociedades pré-industriais, cabia à família as tarefas de educação e de aprendizagem do jovem.

Esta situação vai alterar-se com a revolução industrial e refere que “a família diminuiu o seu controlo sobre as atividades dos mais novos e que as tarefas de educação geral e aprendizagem do trabalho dos jovens são deslocadas para fora da família, de forma que ela deixa de determinar a socialização do jovem e na mesma extensão que antes” (Sampaio 2006:60).

Adolescência para (Tavares & Alarcão, 1992:39) é como “crescer para a maturidade humana que passa por três fases de maturação: orgânica, psicológica e social”.

Outros autores, definem que uma das formas de analisar a adolescência e centrar o enfoque sobre as competências de desenvolvimento.

Assim, Laufer (1972) salientou as seguintes tarefas de desenvolvimento mais importantes da adolescência:

- A modificação na relação com os pais: Abandono da dependência em relação aos pais, com a negociação de novas regras de funcionamento familiar e com a autonomia. Os pais terão de abandonar a relação infantil que tinham com os filhos, serem capazes de deixar o filho partir e encontrarem razões para continuar juntos, o que demarca a necessidade de encontrar um novo equilíbrio no sistema familiar. O processo de autonomia do adolescente diz respeito, não só à progressiva separação dos pais, mas também à capacidade de tomar decisões autónomas.
- A modificação na relação com os companheiros: Está intimamente relacionada com a progressiva autonomia do jovem face à família. O grupo de pares/amigos

assume uma nova importância como catalisador do crescimento individual e protetora face às ameaças externas.

- A construção de identidade e superação dos problemas associados ao corpo: Decorre na fase final da adolescência, o que implica a resolução dos problemas relacionados com o corpo e com a sexualidade, a construção de uma identidade estável, a formação do carácter e de um sistema de valores que marca o fim da adolescência (por volta dos 21 anos). Nesta fase, dá-se também o abandono da relação de dependência, a evolução do grupo e sucessivas experiências de envolvimento afetivo/sexual. Relativamente à formação da identidade, a transição para a idade adulta requer tentativas de exploração para a procura de autodefinição em termos relacionais, de trabalho ou de visão do mundo em geral. A visão do mundo, ainda muito influenciada pelos pais durante o início da adolescência, começa a ser reexaminada e enquadrada num sistema de crenças pessoais (Arnett, 2000).

Atualmente, o adolescente atinge o estatuto de adulto cada vez mais tarde devido à duração da escolaridade ou às condições de acesso ao trabalho.

Nos países do sul da Europa, os jovens tendem a permanecer mais tempo no agregado familiar do que nos países nórdicos (Cherlin, 1997).

Estas diferenças socioculturais têm levado vários autores (Arnett, 2000) a identificar a última fase da adolescência como uma fase intermédia diferenciada a que chamam “início da idade adulta” ou “juventude” (Kingston, citado por Smetana, Campione-Barr & Metzger, 2006), correspondente ao intervalo de idades entre os 18 e os 25-30 anos.

Assim, a adolescência parece prolongar-se cada vez mais (ao longo da segunda década de vida) se considerarmos apenas critérios sociológicos e profissionais (Sampaio, 1996).

No final da adolescência, o jovem deve estar capacitado para emancipar-se da tutela parental, estabelecer relações de intimidade amorosa, comprometer-se num conjunto de objetivos de vida que fomentem a autonomia, a responsabilidade, a capacidade de decisão e assunção de um código de valores pessoais. (Dias & Fontaine, 2001).

Sprintthall & Collins (2008) defendem que é próprio dos adolescentes a capacidade de estes se autonomizarem, bem como construir e elaborar raciocínios da realidade.

Com base nesses pressupostos, acentua Vilelas (2009), que a sexualidade e a sua expressão nos adolescentes, deverão ser parte preponderante dos trabalhos desenvolvidos pelos profissionais de saúde, dado que algumas dos seus comportamentos poderão causar sérios riscos nos seus níveis de saúde.

2.3 A vivência das transformações corporais

A palavra vivência é uma expressão muito utilizada nos tempos atuais. Não obstante foi Spranger (1966) quem introduziu na filosofia e psicologia modernas este conceito.

Não obstante, como termo filosófico a palavra vivência adquiriu um sentido mais preciso na terminologia de Spranger (1966), porquanto cada esfera objetiva de sentido ou de valor se coordena uma espécie correspondente de atos significativos e de vivências da pessoa.

Para este autor existem círculos e modos de vivências que possuem colorido específico intelectual, económico, estético, social e político.

Assim, o autor resume “vivência” no sentido evolutivo como tudo quanto proporciona profundas forças determinadas para a edificação do espírito subjetivo, o que move e faz vacilar, dá-lhe segurança, intervém com energia em todo o desenvolvimento da vida para constituir a estrutura pessoal de valores.

A adolescência, envolve um ritmo de mudanças corporais visíveis embora, menos acentuadas que assim se manifestam “ por crescer (sem aviso) muito rápida e descoordenadamente, braços e pernas desproporcionados em relação ao corpo, numa altura em que a aparência é tao importante, pode levar a situações de auto apreciação, a preocupações exageradas, (como o peso, e as medidas) ou, em situações extremas a obsessões limitadoras do quotidiano, dos contactos sociais e da saúde em geral (Frade *et al.*, 2009:67).

Na adolescência constata-se um processo que se inicia pelo aparecimento da atração entre rapazes e raparigas e o estabelecimento de uma convivência entre os dois sexos em que o outro sexo aparece como desejado, mas também como desconhecido e diferente, associadas ainda a algumas remanescência da pré-adolescência.

Miguel & Gomes (1991) afirmam, que os adolescentes vivenciam um conjunto de transformações e de diversas formas, havendo preocupações não vivenciadas de forma semelhante, por todos os jovens. Todavia, existem outras, como as ligadas ao corpo que são vivenciadas diferentemente conforme o sexo.

Uma das transformações mais sentidas neste período, tem a ver com o alcançar da maturidade reprodutiva e sexual: a puberdade.

As transformações pubertárias estão na base do desenvolvimento na adolescência.

As principais modificações morfológicas surgem no início da adolescência.

Durante este período, surgem as características sexuais secundárias e mudanças corporais gerais, especialmente por volta dos 11 aos 13 anos (Brooks-Gunn & Reiter, 1993).

Quando falamos de puberdade estamos a referir-nos principalmente às transformações hormonais, biológicas e corporais que ocorrem no início da adolescência.

Esta fase de crescimento dos jovens é o resultado do desenvolvimento fisiológico no sistema reprodutivo do indivíduo (mudanças hormonais, fisiológicas e morfológicas).

As mudanças mais visíveis são denominadas características sexuais secundárias, existindo outras menos perceptíveis conhecidas como características primárias (por exemplo, as alterações hormonais).

As mudanças ocorridas no sistema hormonal são responsáveis por alterações marcadas ao nível da forma e aparência corporais durante a puberdade (Goossens, 2006).

Em contraste, com a relativa semelhança corporal entre géneros até este período, a puberdade evidencia aspetos diferenciais marcantes.

Por um lado, os rapazes apresentam crescimento do pénis, dos testículos e do escroto, bem como o aparecimento de pilosidade, barba, alterações da voz, primeira ejaculação e musculatura. O odor corporal tende a acentuar-se e a pele adquire mais células sebáceas e, consequentemente, acne.

Enquanto as mudanças genitais tendem a surgir simultaneamente nas raparigas e nos rapazes, estes apresentam um crescimento mais abrupto e tardio no que concerne à estatura, assim como outros indicadores pubertários visíveis (por exemplo, a barba e a voz).

Por sua vez, nas raparigas, as características sexuais parecem surgir gradualmente.

De início, surge uma elevação mamária, seguida do crescimento de pêlos púbicos. Nesta primeira fase, inicia-se o processo de distribuição de gordura pelo corpo, denotando o início da silhueta feminina.

Posteriormente, os órgãos genitais sofrem igualmente alterações, nomeadamente ao nível do aumento do útero, vagina, clitóris e lábios vaginais. A estatura desenvolve-se nesta fase e vai progredindo ao longo da puberdade, diminuindo a partir da primeira menstruação, que ocorre numa fase avançada da puberdade (Goossens, 2006).

Segundo (Flammer, 1996) as alterações biológicas só fazem sentido se compreendidas em interação com outros fatores, uma vez que nenhum consegue prever todo o comportamento do adolescente por si só.

Neste âmbito, os aspetos psicológicos e socioculturais associados à puberdade devem ser enquadrados numa determinada cultura, numa época particular

O momento em que a puberdade tem lugar, varia bastante visto que esta está associada a fatores de ordem ambiental e genéticos (Sprinthall & Collins, 2003).

Ainda de acordo com outro autor Steinberg (1999) o impacto da puberdade na autoimagem do adolescente e no humor poderá ser relativamente discreto, mas por seu lado, o processo de maturação física, adecta o desenvolvimento social e emocional do adolescente de forma mais importante.

Hoje é consensual, que talvez mais importante que a entrada na puberdade, são os momentos cronológicos dessa transição

Uma maturidade mais precoce ou mais tardia tem reflexos diferentes nos rapazes e nas raparigas, estando associada a maturidade mais precoce, a aspetos mais positivos para os rapazes do que para as raparigas.

Os rapazes que maturam mais cedo tendem a ser mais populares, a ter autoconceitos mais positivos e a ser mais autoconfiantes, comparativamente com os que maturam mais tarde. Por outro lado, as raparigas que maturam mais cedo podem sentir-se desconfortáveis e desajeitadas com a sua nova imagem (Steinberg, 1999).

Com a puberdade, mais precoce ou mais tardia, surge uma nova etapa na sexualidade dos seres humanos.

À medida que a maturidade sexual avança, verifica-se um maior interesse pelo ritual do namoro (Connolly, *et al.*, 1999) e o início da atividade sexual.

Estes processos fazem parte da sexualidade do adolescente, sendo eu mais uma vez o questão do *timing*, parece uma questão importante, nomeadamente no que diz respeito ao início da atividade sexual. Este *timing* parece estar associado a questões biológicas (surto da puberdade), sociais (por exemplo, as normas dos pares e de outros grupos relevantes, como a família) e psicológicas (como por exemplo as competências para lidar com estas mudanças e acontecimentos) (Graber *et al.*, 1991).

Na literatura, tem-se assistido a uma nova questão que tem a ver com uma nova preocupação, designadamente a entrada na vida sexual em idades precoces.

Na base desta questão estão vários aspetos tais como, o facto dos adolescentes que estão nesta situação se encontram em maior risco para face às infeções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência (Graber *et al.*, 1991).

Outros autores têm vindo a defender através dos seus estudos, que o fator do adolescente iniciar a sua atividade sexual em idades precoces têm mais probabilidade de se envolverem em outros comportamentos que podem comprometer o seu desenvolvimento positivo (Anteghini, Fonseca, Ireland & Blum, 2001; Liu *et al.*, 2006).

Frade *et al.* (2010) explicam que a sexualidade tem percalços, uns evitáveis outros inevitáveis e que outros resultam da própria complexidade dos adectos com elas relacionadas, das expectativas e frustrações, dos amores e desamores e da forma como foram vivenciados desde criança, os aspetos relacionados com o estabelecimento de relações diferentes, com a descoberta dos outros, com as modificações corporais, etc.

Nas relações com os seus pares. As transformações a que os jovens estão sujeitos têm a sua génese, segundo os mesmos autores, nas seguintes questões: desejo de ser aceite e considerado pelos outros, que muitas vezes se manifesta de forma especial pela importância que é dada ao seu aspeto exterior como por exemplo, a maneira de vestir, a força a beleza, os cabelos.

2.3.1 Como vivenciam as raparigas as transformações do seu corpo

Com o desejo de crescerem e de se tornarem adultas, experimentam um sentimento misto de vergonha e orgulho em relação à forma sexuada que o seu corpo começa a ter como exemplo: a distribuição de gordura por certas zonas, o desenvolvimento das glândulas mamárias, o aparecimento dos pelos púbicos e axilares, a menstruação.

No entanto outros medos afligem as raparigas aquando das relações com os rapazes tais como: não serem aceites por eles, por não terem aspeto ou por não serem interessantes, como serem capazes de terem um relação afetiva, tendo medo das intenções dos rapazes ou não serem suficientemente atraentes para arranjar um namorado

O medo de não serem suficientemente atraentes pode constituir uma dificuldade para as jovens pelo facto de serem demasiado gordas, magras, altas, baixas, ou de mau aspeto dado pelo acne.

A experimentação de novas sensações de excitação e prazer, sentidas no seu corpo, deixa-as confusas e com um certo temor desconhecido, embora se sintam impelidas a vivenciarem essas novas sensações (Miguel & Gomes, 1991).

2.3.2 Como vivenciam os rapazes as transformações do seu corpo

Os rapazes têm o desejo de crescer e de se tornarem adultos, tem medo de que o seu corpo não tenha forma suficientemente sexuada (masculinizada) no que se relaciona com a altura, desenvolvimento muscular, tamanho do pénis, desenvolvimento piloso, barba, pelos do púbis, desenvolvimento das glândulas mamárias.

Receiam não serem suficientemente potentes, de não satisfazerem uma mulher nas relações sexuais, sofrem por não serem atraentes, porque o nariz é grande ou pequeno, pela desproporção do corpo (Miguel & Gomes, 1991).

De uma forma geral, poder-se-ia sintetizar o perfil comportamental de saúde das raparigas e rapazes adolescentes utilizando a expressão apresentada por Matos, (2003), que aponta os rapazes como "mais virados para o mundo" e as raparigas como "mais voltadas para elas próprias".

Os rapazes apresentam mais problemas de externalização (problemas de comportamento e consumos), enquanto que, as raparigas apresentam mais problemas de internalização (problemas com a imagem corporal e sintomas de mal-estar psicológico).

Apesar da falta de consenso entre os investigadores relativamente às implicações da insatisfação corporal nos adolescentes, em geral, reconhece-se que a imagem corporal representa um fator importante tanto para os rapazes como para as raparigas adolescentes

que, por sua vez, parecem partilhar os mesmos ideais e discursos relativamente às questões do corpo com os adultos do mesmo sexo (Barbosa, 2001).

Numa tentativa de sistematizar os múltiplos fatores etiológicos que poderão estar relacionados com a insatisfação da imagem corporal, Barbosa (2001) identificou os seguintes, na revisão da literatura que realizou:

- fatores associados ao desenvolvimento (mudanças associadas à puberdade, formação do grupo de pares, as relações de namoro e desenvolvimento da identidade e autonomia própria da adolescência);
- características de personalidade;
- a influência de padrões familiares (aglutinação, superproteção parental, modelagem, vinculação ou dificuldades de separação);
- a influência de outros significativos, tal como os pares ou os irmãos;
- a existência de acontecimentos traumáticos (abuso sexual);
- os fatores biológicos;
- as bases genéticas;
- o exercício físico em excesso;
- a religião.

2.4 Saúde do adolescente

Paralelamente ao conceito de adolescência, outro lhe está associado, o conceito de saúde do adolescente.

Não são claras e precisas as suas origens, porém já no fim do séc. XIX, alguns médicos interessaram-se pelo crescimento e desenvolvimento do adolescente e pelos seus problemas de saúde.

No seu livro “Notas sobre Enfermagem”, publicado em 1859, juntamente com “Notas sobre Hospitais”, Florence Nightingale, lançou os fundamentos da enfermagem pediátrica. Mais tarde num capítulo específico acrescentado à edição de 1861, intitulado “Atendimento à Criança”, Florence enumerou os cuidados que deviam ser dispensados às crianças saudáveis nos seus domicílios, relativos à alimentação, lazer, higiene pessoal e do ambiente. Tais normas e regras gerais evidenciam que os cuidados à criança já foram por ela apreendidos na sua dimensão coletiva (Oliveira & Egry 1997).

Na Inglaterra, a Associação dos Médicos Escolares foi fundada em 1884 e os primeiros serviços de saúde dirigidos aos adolescentes foram organizados em escolas masculinas (Silber, 1995).

Nos Estados Unidos, em 1902, empregou-se pela primeira vez a tempo integral, uma enfermeira de saúde pública para desenvolver atividades educacionais numa escola de Nova Iorque com o objetivo de trabalhar sobre o controlo das doenças transmissíveis. (Rosen, 1994).

Nessa época começam também a surgir os primeiros estudos dedicados aos adolescentes.

Em 1904, o psicólogo Stanley Hal publicou a sua obra em três volumes intitulada “A adolescência: sua psicologia, sua relação com a filosofia, sociologia, sexo, crime, religião e educação”(Rosen, 1994).

Um ano depois, Freud publicaria “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, em que se refere à tarefa específica de atingir uma sexualidade madura, situando-a no contexto da puberdade, sem no entanto fazer referência à adolescência (Rakoff, 1995).

A primeira publicação médica é de 1918: “O trabalho da clínica de adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford”, de Amália Gates, enumerando os principais problemas de saúde dos adolescentes, que haviam sido tratados naquela instituição, trabalho este, publicado na revista Archives of Pediatrics intitulada “ O trabalho da clínica de adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford” (Silber,1995).

É a primeira referência sobre uma clínica médica para adolescentes. Esta clínica não se preocupava somente com os aspetos clínicos mas também com aspetos sociais e educacionais.

É de realçar que muitos dos princípios básicos utilizados por Gates e colaboradores, são ainda hoje utilizados na saúde dos adolescentes.

Assim, no início da década de 40, o tema adolescência atraiu a atenção da Academia Americana de Pediatria, organizando o primeiro Simpósio em 1941, subordinado ao tema “Medicina do Adolescente”, nesta época já havia muitos serviços pediátricos que atendiam pacientes até aos 16 anos.

No entanto e segundo a literatura os cuidados médicos modernos ao adolescente tiveram início aquando da criação da Unidade de Adolescentes, no hospital infantil de Boston, em 1951 (Silber,1995).

Ainda segundo este autor, foi nos EUA, em 1965, editado o primeiro boletim sobre a adolescência “ adolescent Medicine Newsletter” cujo conteúdo versava sobre a comunicação na medicina do adolescente da autoria de Garrell.

Em 1965, Heald organizou o primeiro seminário de medicina do adolescente, cujo tema foi sobre ginecologia na adolescência. Da organização de mais dois seminários, em 1966, nasceu a ideia da Society for Adolescent Medicine (Silber,1995).

Foi em 1976 que apareceu o primeiro livro médico mais completo sobre a adolescência “Medical Care of the adolescent” da autoria de Gallangher, Heald e Garell.

Todavia, a preocupação da saúde do adolescente não se circunscreveu nos EUA. Ultrapassou fronteiras e muitas faculdades de medicina e hospitais da Europa como por exemplo na Inglaterra, Dinamarca, França e outros países, criaram serviços que se dedicaram à saúde dos adolescentes.

Em 1970, inicia-se a publicação do *Journal of Adolescent* e, em 1974, realiza-se o primeiro Simpósio Internacional de Medicina do Adolescente, em Helsínquia, na Finlândia.

A OMS em 1977 na sua Assembleia Mundial da Saúde, em genebra, oficializa a adolescência como programa e, o inclui no seu programa orçamental.

Segundo Gallanger (1982) a história e a evolução da medicina do adolescente, mostrou que a abordagem é semelhante à medicina pediátrica e à medicina geriátrica, generalizada e multidisciplinar em que o médico tem em consideração o ambiente bem como as suas doenças. Realça ainda que os adolescentes, na sua grande maioria, respondem favoravelmente aos profissionais de saúde, porque essa sua cooperação.

Portugal só se preocupou com a saúde deste grupo etário a partir dos anos setenta, como aconteceu com outros países embora, só a meados da década de 80 é que apareceram projetos que incrementaram a promoção da saúde, atendimento, investigação, formação, planeamento e organização de cuidados dos adolescentes.

Todavia, não podemos ignorar as transformações sociais que têm provocado um crescente de problemas de saúde associados aos estilos de vida, aos comportamentos tanto individuais como de grupo, perturbações do meio ambiente e familiar, como a utilização inadequada das novas tecnologias que concorrem com o aumento da taxa de mortalidade dos adolescentes.

A partir dessa época, a implementação da educação sexual nas escolas portuguesas, sofreu foi sofrendo alterações significativas, sendo em 1978 se legislou sobre a educação sexual nas escolas.

Considerando que promover a saúde sexual e reprodutiva dos sujeitos, foi um importante passo a integração desta preocupação no sector da educação cruzando com o sector da saúde.

Em 1997 tornou-se obrigatório a educação para a sexualidade nas escolas.

Entre 1995 e 1998 Associação para o Planeamento da Família em parceria com o Programa de Promoção e Educação para a Saúde desenvolveram o projeto “Educação Sexual e Promoção da Saúde nas escolas: Um projeto experimental”. Atualmente, é objetivo a generalização de projetos e atividades de Educação sexual nos vários níveis de ensino (Matos 2003).

Diferentes autores referem da importância de apostar em estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes nas escolas, visto estas serem um importante contributo para a sua formação pessoal e social.

O consenso sobre a importância da educação sexual como meio de promoção da saúde nas escolas tem vindo a acentuar-se, o que deu origem a um modelo de intervenção para as escolas, permitindo ganhos em saúde nos adolescentes portugueses.

É por isso da máxima importância a criação de condições para que nos diferentes contextos sociais, os adolescentes desenvolvem capacidades de decisão pessoal sobre comportamentos assentes nos valores e nas atitudes face à sexualidade.

Outro aspeto a considerar e que é óbvio, é que os adolescentes nesta fase da sua vida, confrontam-se com situações nunca então experimentadas. Apesar dos adolescentes serem um grupo pouco sujeitos a doenças físicas têm que lidar com outros aspetos relacionados com a sexualidade, aspetos estes que são vivenciados de modo diferente pelo rapaz e pela rapariga.

É a idade em que as ideias humanitárias conduzem a definições definitivas de vocação, é a idade das aspirações sentimentais, assim como os sonhos de poder e glória.

Mais tarde, com o despertar do interesse pela sexualidade própria da idade, o gosto pelo risco, associada a uma nula ou deficiente informação, poderá levar o adolescente incorrer em erros de atuação e a sofrer consequências nefastas para a saúde.

Fala-se com muita frequência dos comportamentos de risco que os adolescentes assumem no plano sexual, gravidezes não desejadas, relações homossexuais, doenças sexualmente transmissíveis, assim como no plano psicofisiológico como por exemplo, conduzir a altas velocidades, pondo em risco as suas vidas.

Um dos factos apontados pela investigação realizada na área do desenvolvimento na adolescência é de que muitos dos jovens de hoje, e muitos mais no futuro, estão em risco de vida, de adquirir doenças, deficiências e incapacidades, entre outros problemas para a sua saúde.

Uma questão que se destaca é a origem deste risco. Enquanto anteriormente as causas da mortalidade e morbilidade nos adolescentes estavam associadas a fatores de ordem biomédica, hoje essas causas estão fundamentalmente associados aos fatores de origem social e comportamental (Irwin, Burg & Uhler, 2002).

Os comportamentos e estilos de vida são então determinantes fundamentais para a saúde dos adolescentes.

Neste sentido, torna-se importante referir que os processos de construção da saúde e do bem-estar do adolescente, será um fator importante na prevenção de futuros problemas que em termos efectivos tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos.

Traduzindo esta visão, organismos internacionais como o Conselho da Europa ou a Organização Mundial de Saúde traduzem nas suas diretivas a prevenção primária como uma parte necessária nos programas nacionais de saúde e educação (Matos, *et al* 2011).

Alguns autores a adolescência referem ser a adolescência é um fase de mudanças profundas a nível familiar, ao nível das amizades, a nível escolar.

É um período de confusão e de sentimentos paradoxais (excitação e ansiedade, felicidade e tristeza, certezas e incertezas) que não se limitam ao jovem, mas que se estendem também aos pais, professores e amigos dado que vivem também os seus problemas (Lerner e Steinberg 2004).

Para autores como Baumerind, (1983); Irwin, (1987); Moffitt & Caspi, (2000), os problemas na adolescência devem ser analisados como fazendo parte do processo de desenvolvimento normal, como formas exploratórias necessárias ao desenvolvimento, ou como reflexo de um desfasamento entre a maturidade biológica e a maturidade social.

Podemos assim considerar, que a adolescência é um período crítico na história de vida do ser humano. Muitas das escolhas com impacto na saúde e que perduram por longo tempo, são feitas neste período de vida (McManus, 2002). Pese embora a adolescência ser considerada como um período de saúde (Irwin *et al.*, 2002), dada a menor vulnerabilidade dos jovens à doença.

Alguns estudos apontam que nos países europeus, os jovens entre 14 e 16 anos passam cerca de dois terços do seu tempo na escola (Matos, 2003). Daí a importância da escola como o ambiente propício as aprendizagens que promovam a saúde.

Segundo a WHO (2001) uma escola promotora da saúde deve ser considerada uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde.

A necessidade de uma intervenção precoce é referida e proposta em vários estudos que mostram que o envolvimento em comportamentos problemáticos aumenta com a idade.

Logo é de extrema importância a prevenção.

Neste pressuposto, (Simões, 2000, 2005, 2007), refere que é importante destacar quatro questões importantes no cenário da prevenção:

- (1) a necessidade de uma intervenção precoce,
- (2) que promova os fatores de proteção dos comportamentos de risco;
- (3) que envolva os principais contextos de vida; e (4) que seja delineada para vários comportamentos alvo.

Neste sentido, as escolas portuguesas incluíram desde há alguns anos, uma área curricular de educação para a saúde, sendo uma das suas áreas a promoção de uma sexualidade saudável (GTES 2005, 2007).

Constatamos assim, que a adolescência é portanto, um período complexo e de considerável risco para saúde mas também é um período crucial para intervenções significativas, para os profissionais de saúde, na promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

3 - SEXUALIDADE HUMANA

Historicamente, podemos observar que a sociedade humana se iniciou com uma proibição ao livre exercício da sexualidade, o tabu do incesto (Lévy-Strauss, 1989). A religião também exerceu e ainda exerce grande influência no comportamento sexual dos indivíduos. Segundo a interpretação da igreja católica sobre a criação do mundo, Adão e Eva foram expulsos do paraíso porque se tornaram sexuados. No paradigma monástico do início da era cristã, todas as pessoas sexuadas eram consideradas pecadoras. Só os monges, que viviam isolados no deserto eram puros. Porém, mais tarde, no século IV, outra interpretação foi dada por Santo Agostinho, que acreditava que o castigo divino a Adão e Eva deveu-se ao prazer resultante do ato sexual e não ao ato em si. A partir daí, a concupiscência da carne, passou a ser considerada um pecado (Ariès & Duby, 1995). Existem em outras culturas e épocas da humanidade restrições ao livre exercício da sexualidade, algumas foram impostas por motivos económicos, como por exemplo no desenvolvimento da sociedade capitalista e outras como o sexo foi reprimido porque ser incompatível com o trabalho (Foucault, 1988).

A sexualidade não se reduz à união dos órgãos genitais e tampouco pode ser confundida com o ato sexual reprodutivo, pois este tanto pode estar inserido num relacionamento afetivo quanto indiferente a qualquer ligação amorosa. Teremos que diferenciar sempre ato sexual da sexualidade, o ato sexual ou uma união sexual genital pode acontecer por atração, desejo, prazer, como pode ser uma manifestação de poder, violência-prazer e opressão de uma ou mais pessoas sobre outrem.

Segundo Vilar (2002) citado por M. Martins (2007:38), a sexualidade é “una dimensión del cuerpo, de la vida, de las relaciones interpersonales y de las dinámicas sociales, potencialmente generadora de bien estar de desarrollo y autorealización y sigue siendo, sin embargo, fuente de conflictos, y sufrimento”.

Por outro lado a sexualidade remete-nos para um universo onde tudo é relativo, íntimo, pessoal e muitas vezes paradoxal. Podemos dizer que é traço mais íntimo do ser humano e como tal, manifesta-se de forma diferente em cada indivíduo de acordo com a realidade e as experiências vividas pelo mesmo.

Segundo Sprinthall & Collins (2008) a sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a

vida do indivíduo”. Assim, como refere Galvão citado por Fernandes (2006), a sexualidade, o sexo e a vida sexual são necessários ao amor e ao equilíbrio emocional dos indivíduos.

A Organização Mundial de Saúde define sexualidade em 1975, como sendo

“uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. Influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental” citado por Almeida, Marinho & Tavares (2010).

Segundo Duran & Cristina (citados por Leitão & Ramoa 2011), vivemos ainda num mundo machista, existindo a ideia de que cabe ao homem a responsabilidade do funcionamento sexual eficiente e se tal não acontece ele menospreza-se. Por outro lado, a mulher é vista como aquela que deve satisfazer o homem, deve ser romântica e saber reprimir os seus impulsos sexuais naturais. Prevalece, ainda, a ideia de que uma mulher deve ser delicada, meiga e frágil.

Como salientam Flores e Amorim (citados por Leitão & Ramoa 2011), as experiências sexuais precoces são bem vistas nos rapazes, enquanto nas raparigas é valorizada a castidade, pretendendo-se, durante muitos anos, com esta repressão ligada à sexualidade feminina, evitar a prática sexual até ao casamento.

Segundo estas autoras, “(...) A tendência feminina diante do relacionamento conjugal é manter e garantir o prazer masculino, deixando para segundo plano a atenção sobre si mesma. Mesmo estando infeliz, ela não revela [as] suas frustrações, pois teme que, ao fazê-lo, o homem se sinta menos homem, o que pode trazer instabilidade ao casal” (Leitão & Ramoa 2011).

A mulher é, muitas vezes, educada a não mostrar os seus desejos, mas sim a responder ao amor, enquanto o homem é ensinado, desde pequeno, a apreciar a aparência das mulheres e a provar que é homem através de um comportamento sexualmente ativo. Segundo as autoras anteriormente referidas.

“Para o homem, sexo e amor são (...) antagónicos; enquanto para a mulher, devido à educação que recebeu, uma coisa complementa a outra. Eles conseguem obter prazer com mulheres pelas quais não têm algum sentimento, ou seja, que não amam (...). Culturalmente é passada à mulher a ideia de que só se pode relacionar sexualmente com quem ama, sendo, a partir daí, o prazer sexual associado ao sentimento de amor. Dessa maneira, algumas passam a ter dificuldades em expressar sua falta de prazer, pois estariam a assumir a inexistência do seu amor pelo companheiro” (Leitão & Ramoa 2011).

Os pais são os primeiros agentes de socialização e contribuem de forma significativa para que os filhos interiorizem, desde cedo, representações sobre a diferença entre homens e mulheres, através dos padrões tradicionais influenciam muito a socialização das crianças e as suas crenças sobre as diferenças de género. Temos como exemplo a cor dos cobertores dos bebés, azul para o rapaz e rosa para a rapariga.

Atualmente, atenuaram-se as diferenças entre os comportamentos masculinos e femininos esperados e a sociedade está mais aberta a atitudes que antes não eram aceites. Mas,

apesar disso, muitos mitos ligados à sexualidade ainda existem e influenciam os indivíduos e a forma como vivem e julgam questões relacionadas com a sexualidade.

A falta de conhecimento sobre a sexualidade humana é uma realidade muito presente na nossa sociedade, sendo essa precariedade de informação independente do nível socioeconómico e cultural dos indivíduos, como referem Cardoso e Lazzarotto (citados por Leitão & Ramoa 2011). A ignorância em relação a muitos assuntos relacionados com a sexualidade humana contribui para perpetuar mitos e crenças erróneas, herdadas das gerações anteriores. Fornecer informação adequada e desconstruir essas ideias infundadas é tarefa de qualquer educador. Uma educação sexual assente nestes princípios contribuirá para que os jovens possam atuar de um modo crítico e responsável e vivenciar a sua sexualidade de forma mais saudável e gratificante.

Observa-se que muitos mitos e tabus, ainda prevalecem entre os adolescentes e neste sentido, Vitiello (2005) confere o aumento acentuado da urbanização, além da mudança na constituição familiar, como sendo fatores de sua proliferação.

3.1 A sexualidade na adolescência

Quando pensamos em adolescência, facilmente associamos a uma fase da vida repleta de controvérsias, incertezas e pela incessante procura da própria identidade, enquadrando-a posteriormente a um grupo homólogo. Associada a uma certa rebeldia típica desta fase onde tudo parece novidade. É o acordar para uma nova vida, onde tudo é vivenciado de forma diferente e com mais intensidade. A Adolescência é caracterizada por ser a fase do ser humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Contudo deveremos diferenciar este conceito de adolescência e o conceito de puberdade. A puberdade é a fase inicial da adolescência caracterizada por alterações acentuadas, (entre os 10 e os 13 anos nas meninas e 12 e 14 anos entre os meninos) a principal alteração é o desenvolvimento dos órgãos sexuais, que ficam preparados para a reprodução. Freud (1905) diz que é somente após a puberdade que o comportamento sexual assume a sua forma definitiva. A identidade sexual só é consolidada no final da adolescência, com a passagem para a idade adulta. Segundo a teoria psicanalítica, na infância existe uma “bissexualidade” que vai sendo substituída pela identidade sexual masculina ou feminina à medida que ocorrem as transformações biológicas do corpo e as condutas psicológicas e sociais são apreendidas. Através da roupa e do cabelo pode-se ver como o jovem expressa seus conflitos de identificação sexual. Portanto é normal que na adolescência apareçam períodos de predomínio de aspetos femininos no menino e masculinos na menina. A posição heterossexual adulta exige um processo de flutuação e aprendizagem de ambos os papéis. As experiências homossexuais ocasionais

entre adolescentes não podem ser consideradas patológicas, pois é um processo de angústia da definição sexual.

As alterações de voz, o crescimento do corpo, o aparecimento de pelos nas axilas e zonas púbicas, a menarca são muitas vezes encaradas de forma negativa e com grande dificuldade por muitos adolescentes que não aceitam de facilmente estas mudanças visíveis a nível físico, hormonal mas também a nível psicológico e social.

O adolescente inicia um processo de afastamento dos comportamentos adotados na infância, passando de forma gradual, a assumir o papel social do adulto, que inclui entre muitos aspetos na fase final a entrada no mercado de trabalho.

Ao abordarmos a adolescência é imperativo referenciar a questão da sexualidade, como constituindo um tema de interesse, para pais, professores profissionais de saúde, e sobretudo para os adolescentes.

Na nossa sociedade o sexo ainda é um tabu e os problemas associados à sexualidade são muito frequentes. Acompanhar desde cedo o processo de desenvolvimento pode ajudar o adolescente a prevenir problemas futuros como a gravidez na adolescência as doenças sexualmente transmissíveis, até mesmo, abuso sexual.

Podemos classificar a sexualidade na adolescência em três momentos:

Adolescência precoce (10 aos 14 anos): Esta é a fase em que ocorre a grande transformação biológica, em que o comportamento sexual depende destas mudanças físicas. Nesta etapa a sexualidade ainda é indiferenciada e a masturbação é a conduta sexual mais frequente. As mudanças do corpo, neste período, são mais rápidas do que a capacidade dos adolescentes de assimilarem cada nova imagem que surge. Sintomas hipocondríacos e psicossomáticos são frequentes, como: bulimia, anorexia, cefaleias, alergias, depressão, etc. É nesta fase que a sexualidade é autoerótica, ou seja, o jovem está mais direcionado para si mesmo e para a autodescoberta, como consequência das alterações do seu corpo. No entanto, entrar em contacto com o seu próprio corpo modificado é algo que quase sempre provoca um certo desconforto no adolescente

Adolescência média (15-16 anos): É nesta fase que os adolescentes vão começando a definir, lentamente a sua orientação sexual. A procura de estabelecer relacionamentos é um dos desejos sentidos nesta etapa de vida. O relacionamento amoroso geralmente inicia-se nesta fase. Já há uma aceitação maior das transformações físicas, resultando em um corpo adulto com capacidade reprodutiva. As meninas tendem a usar roupas que expõem seu corpo. No namoro as carícias são progressivas até culminar com a relação sexual genital, que ocorre geralmente nesta fase. A sexualidade contribui com a autoestima do jovem e faz parte da formação da identidade do indivíduo. É durante a adolescência que se define e se consolida a identidade sexual. Pode haver relacionamentos e fantasias homossexuais que não implicam uma homossexualidade futura e sim uma experiência sexual.

Adolescência tardia (17 a 20 anos): Nesta etapa a identidade sexual já está definida e a maior estabilidade afetiva favorece a busca de um objeto amoroso único. O namoro apaixonado é frequente.

À medida que há maior maturidade psicológica e social, os adolescentes evoluem para a independência económica da família e para um relacionamento afetivo mais duradouro.

No período final da adolescência, o jovem sente-se mais independente, não dependendo tanto do grupo de amigos, procurando um(a) parceiro(a), apresentando uma maior capacidade de desenvolver afetos e manifestando um maior cuidado com o objeto amoroso.

É importante que o adolescente tenha o conceito de sexualidade bem clarificado e definido, não associando apenas a algo físico, mas sobretudo que este esteja relacionado com sentimentos, afetos e emoções.

O final da adolescência caracteriza-se essencialmente pela superação do desafio de procurar a sua identidade e liberdade, conquistas que dependem do afastamento das figuras parentais da infância vistas como principais cuidadores, e do reconhecimento da sua individualidade. O que importa, nesse momento, é libertar-se dos pais, construindo caminhos para a vida adulta.

É uma fase de experimentação sexual, que geralmente não influi na identidade sexual adulta futura. A identidade sexual adulta define-se e afirma-se durante todo o processo evolutivo pela identificação. Segundo Werebe (1979), “a orientação sexual de um indivíduo está mais ligada ao sexo que lhe foi atribuído aquando do nascimento e à atitude do ambiente do que ao sexo propriamente dito”.

A aprendizagem sobre a escolha de uma sexualidade saudável requer uma intervenção urgente e eficaz. A educação sexual pode contribuir para ajudar os adolescentes a tomarem decisões mais adequadas. Alguns estudos demonstram que a educação sexual e o aconselhamento sobre a sexualidade estão associados a:

- Uma maior utilização de contraceptivos (ex.: preservativos);
- Menor número de parceiros;
- Diferença de género;
- Início mais tardio da vida sexual: (numa altura em que a maioria dos adolescentes despertam cada vez mais cedo e de forma prematura para a vida sexual);
- Menor probabilidade de gravidez precoce;
- Maior conhecimento sobre a noção de fertilidade e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (ex: VIH- Sida).

“Apesar da legislação criada em Portugal relativamente à educação sexual, dois dos principais problemas que esses programas procuram combater, mantêm-se (gravidez adolescente e VIH/SIDA) talvez porque os programas têm negligenciado a importância do género e da cultura de classe, étnica, regional e local” Saavedra (2007).

No mesmo estudo Saavedra (2007) diz-nos que “a promoção da autonomia, o combate ao preconceito e a informação/reflexão adequada são aspetos essenciais para a estruturação de comportamentos responsáveis no relacionamento sexual, estimulando comportamentos assertivos, a negociação e a tomada de decisão face ao uso do preservativo e ao controlo da natalidade e à sua vida sexual em geral”.

Estudos referidos por Braconnier e Marcelli (2000) mostram que a idade mediana dos adolescentes que trocaram o primeiro beijo situa-se para os dois sexos nos 14 anos. Quanto às carícias, os rapazes mostraram-se mais precoces (15 anos e 7 meses) contra os 15 anos e 11 meses para as raparigas.

A primeira relação sexual, na opinião destes autores, situa-se nos rapazes na idade mediana dos 17 anos e 3 meses e nas raparigas nos 17 anos e 6 meses. A primeira relação sexual ocorre, para 63% dos adolescentes durante as férias.

Sobre a sexualidade na adolescência, têm sido realizados vários estudos, sendo que alguns dos exemplos já foram referidos. Muitos de estes estudos foram realizados no nosso país (Sampaio, 1987; Almeida, 1996; Pais e Cabral (coord.), 1998; Nodin, 2000; Vilar, 2002) e no estrangeiro (Pagès-Poly e Pagès, 1997; Lopez e Fuertes, 1999; Braconnier e Marcelli, 2000), têm vindo a provar que os adolescentes iniciam a sua vida sexual ativa cada vez mais cedo.

Num estudo realizado com 658 adolescentes do Alentejo, na sua maioria estudantes do ensino secundário (Sim-Sim, 2003), verificou-se que são as raparigas (56,4%) que usam de forma mais sistemática a contraceção. Os rapazes usam-na apenas em 37,3% das situações. Este estudo conclui que as raparigas revelaram-se mais sensibilizadas para comportamentos protetores.

No estudo realizado por Matos *et al* (2004) já referido atrás, não usaram preservativo na última relação sexual 5,1% dos adolescentes com 13 anos e 8,8% dos adolescentes com 15 anos.

Um outro estudo realizado por Lopes (2004) com 1000 adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos de idade, pertencentes a 32 escolas do país, distribuídas por 15 distritos. O autor apresenta os seguintes dados:

“A maioria afirma ainda não ter iniciado relações sexuais coitais e os que já tiveram relações sexuais coitais (com uma ou mais pessoas) são preferencialmente do sexo masculino e com 16 anos de idade; Os jovens (22.6%) afirmam que, ao longo da vida, nunca tiveram quaisquer experiências sexuais; apenas trocaram beijos e carícias (40.8%); já tiveram intimidades sexuais, próximas ao coito (16.4%); experiências sexuais coitais (com uma ou mais pessoas) 20.1%. Atualmente, 63.3% não têm relações sexuais e 12.3% têm relações sexuais coitais. Em breve, 39.0% pensam ter relações sexuais.”

Em casa é importante o envolvimento dos pais, para que estes deixem de encarar a sexualidade como um tabu e abordem com mais naturalidade este tema.

Assim sendo, o exercício paternal tem que ser visto como um “direito-dever” e tem que estar em primeiro lugar relativamente a outras instituições de carácter educativo/formativo,

como a escola ou a igreja. Esta é uma responsabilidade que é “inalienável e insubstituível” envolvendo todo o período da vida dos filhos desde o seu nascimento até à vida adulta (CEP, 2005).

Atualmente, o tempo de vivência familiar acaba por ser restrito pelo facto dos pais estarem, normalmente, envolvidos pelos afazeres profissionais, situação que não acontecia nas gerações passadas, acabando por ser muito restrito o tempo que dispõe para os filhos. Por tal facto e maioria de razão, a família não pode ceder à tentação de transferir o seu dever de educar para a responsabilidade de outras instituições ou comunidades.

É, portanto, o ambiente familiar, animado pelo amor, o espaço e atmosfera educativa por excelência. “As outras instituições nunca podem substituir os pais, mas devem ajudá-los no cumprimento da sua missão educativa” (CEP, 2002). Importa, pois, referir que, infelizmente, muitos dos pais acabam por se demitir das suas funções de educadores, ou se o fazem, fazem-no de forma insuficiente ou deturpada (Galvão, 2000).

Na opinião de Bastos (2003), os pais estão sempre a exercer a sua influência nos filhos, isto é, “estão sempre a formar ou a deformar os filhos através das suas condutas, da forma como expressam os seus próprios valores sexuais, dos comportamentos, das suas atitudes, das suas palavras.”

Para Braconnier & Marcelli (2000), é importante que os pais mantenham um diálogo com os filhos, “mesmo conhecendo os limites e o carácter frequentemente insatisfatório desse diálogo.” Na opinião destes autores, a ausência ou a fuga ao diálogo, por parte dos pais, são vistas pelos adolescentes como um sinal de indiferença ou até mesmo de abandono. É mais que evidente que, apesar de difícil, o diálogo entre pais e filhos tem que existir.

No entanto, este diálogo, sobretudo com os adolescentes, apresenta dois tipos de problemas para os pais.

Primeiro, o da autoridade parental que se exerceu na infância e que continua a exercer-se na adolescência, mas com arranjos que serão alvo de incessantes compromissos. Em seguida, o da “crise parental”, isto é, o conjunto de manifestações emocionais, afetivas e relacionais que a presença, os pensamentos e a atuação dos adolescentes suscitam num ou noutro progenitor (Braconnier & Marcelli, 2000).

Estudos realizados confirmam que os pais exercem alguma influência sobre as atitudes dos filhos face à sua sexualidade “apesar de constituírem uma fonte mínima de informação sobre sexualidade” (Vaz, 1996). O mesmo autor refere que a comunicação entre pais e filhos não é feita de “forma explícita e aberta”, mas surge pontualmente a partir de uma questão ou interpelação que é feita, quase sempre, entre mãe e filho(a).

Para Almeida, (1996) a sexualidade do adolescente “está particularmente sujeita ao controle parental, devido não só à vigilância social que desde há muito sobre ela se exerce como também à resistência dos pais em aceitar a intimidade e autonomia psicológica dos

filhos”. Esta resistência tem a ver, na opinião deste autor, com a dificuldade que os pais têm em aceitar a autonomia dos filhos.

O autor justifica esta resistência com os “fatores relacionados com as revisões de vida próprias desta etapa do seu próprio ciclo vital. Nestas revisões inclui-se a da sua própria sexualidade, nomeadamente enquanto adolescentes, o que terá repercussões a nível da estimulação ou repreensão do comportamento dos seus filhos” (Almeida, 1996).

Apesar destas interações, nem sempre pacíficas, entre pais e filhos, os estudos referem que os adolescentes continuam a preferir os pais como fonte de informação preferencial (Vaz, 1996).

A promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é um importante contributo para a sua formação pessoal e social, assim como, a sensibilização para a importância da educação sexual, como meio de promoção da saúde através de modelos de intervenção para escolas e centros de saúde, permitindo promover acima de tudo a saúde dos adolescentes

Segundo um estudo desenvolvido por Saavedra, Nogueira & Magalhães (2010), verificou que os jovens e adolescentes portugueses, iniciam cada vez mais a sua vida sexual.

No entanto a equipa de investigadores faz referência às diferenças face ao género. A sexualidade feminina nos adolescentes é ainda algo que provoca medo vergonha, do que resulta numa maior dificuldade por parte das raparigas em abordar as questões relativas à sexualidade. Já por seu lado os rapazes, surge acentuadamente construída sobre prazer físico, logo com a exclusão de sentimentos, mas que no seu lado traduz o medo da incapacidade (impotência), e que poderá ser avaliado de forma negativa pelas raparigas (Saavedra *et al*, 2010).

3.2 - A abordagem da sexualidade do adolescente pelo enfermeiro

Como é durante a adolescência que o desenvolvimento sexual adquire a sua plenitude, permitindo a procriação, é fundamental que este tema seja privilegiado pelas equipas de saúde que trabalham com os adolescentes.

A informação sexual dos adolescentes é regra geral reduzida e não raras vezes incorrecta. Muita da informação que os jovens conseguem, é adquirida através do grupo de amigos, irmãos mais velhos e meios de comunicação social (Brás, 2008:41).

Nos tempos que correm o acesso à informação encontra-se sobremaneira facilitado, não traduzindo isso que a informação que os jovens seja maior ou de melhor qualidade, sendo que essa informação é muitas vezes caracterizada, por muitas lacunas e descontextualizações, Sampaio, 2006; Brás, 2008).

Quando um/uma adolescente procura um serviço de saúde, por qualquer motivo, é uma grande oportunidade para que se possa orientá-lo (la) sobre questões sexuais e identificar se há algum problema nesta área.

É importante ter presente que lidar com questões relativas à sexualidade dos indivíduos é também mobilizar sentimentos e experiências do próprio profissional envolvido.

Um adolescente pode procurar um serviço de saúde para esclarecer dúvidas em relação ao seu corpo ou ao funcionamento dos seus órgãos genitais.

Porém, ele também pode procurar este serviço com queixas somáticas ou dificuldades de relacionamento em algum ambiente social que tem como pano de fundo um problema de natureza sexual.

Portanto, em qualquer atendimento de um adolescente num serviço de saúde a questão da sexualidade deve ser abordada.

A orientação dada pelo profissional de saúde não pode ser preconceituosa e muito menos carregada de códigos morais ou religiosos. Devem ser utilizadas de preferência terminologias próprias e não gírias.

É necessário orientar o adolescente e a sua família sobre as transformações que ocorrem no seu corpo, sobre as sensações sexuais, o carácter normal da masturbação, da curiosidade sexual, do tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual propriamente dito e as suas consequências.

Enfatizar, que o ato sexual envolve duas pessoas, é de carácter íntimo e privado e que ambas têm que estar de acordo com o que se está a fazer, portanto, prontas para assumir as responsabilidades advindas deste (Policarpo,2014).

No caso de adolescentes que já tenham atividade sexual genital, ou estejam prestes a iniciá-la, estes devem ser orientados quanto à anticoncepção e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis.

O profissional de saúde deve estar aberto e disponível para responder às perguntas que o adolescente ou a sua família possam ter. É importante também ser consciente das angústias por que passam nessa etapa da vida.

4 - FONTES DE INFORMAÇÃO

Temos como ponto de partida as palavras de Paulo Coelho que, citando John Donne, escreve que “Nenhum homem é uma ilha, completa em si mesma”. O homem, sendo um ser bio-psico-socio-cultural não pode nem consegue (à exceção de casos patológicos) viver sobre si mesmo isolado do mundo que o rodeia. Nessa perspetiva, e na área da adolescência relacionada com a sexualidade, torna-se importante contextualizar os locais, os espaços, os momentos a partir dos quais estes constroem a sua sexualidade.

Caracterizar aquilo a que se pode designar como *Fontes de Informação* é ponto essencial para perceber como os comportamentos sexuais dos adolescentes podem ser influenciados por essas mesmas fontes.

Segundo Matos (2003) citado por Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira e Linhares (2006), “as fontes de informação mais utilizadas pelos jovens são de longe os amigos, seguida pelos pais, televisão e leituras. Os professores surgem no fim da lista de fontes de informação escolhidas pelos jovens”.

Da análise teórica iremos abordar 6 fontes de informação que consideramos serem as mais importantes: a família, a escola, os pares (os grupos), a religião e os *média*. Para além destas pensamos que os serviços de saúde, numa perspetiva de promoção da saúde também devem, em articulação com as escolas ou através de programas próprios, constituir uma fonte de informação. Também é importante referir que qualquer uma destas fontes de informação, não existem isoladamente e interagem entre si.

4.1 Família

Família é muitas vezes definida como célula básica da sociedade, é o local e o espaço onde se dá lugar ao desenvolvimento físico, psíquico, social e cultural.

Segundo Martins (2010): “É na família, não importa que tipo seja, que as pessoas crescem; nutrem-se física, psicológica e socialmente; ganham um sentido de si e de coletividade enquanto uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progridem ao longo do ciclo vital, até à sua terminalidade. Também, é na família que recebem suporte material e psicológico em situações de maior estresse pessoal, pelo que, enquanto valor, a família ocupa um lugar primordial na vida dos indivíduos seja na saúde, na doença, na alegria, nas adversidades”.

Nos últimos anos temos assistido a uma verdadeira revolução familiar. Salvaguardando aspetos culturais próprios de cada sociedade ou comunidade, até aos anos 50 as famílias

eram numerosas. Na mesma casa coabitavam várias gerações: avós, pais e filhos. A inexistência de televisão, computador ou outras tecnologias aliados a um enraizamento do conceito de família promoviam o sentimento de pertença a um grupo.

Também a referir o fato de que na sua funcionalidade e dinâmica, os homens desempenhavam o trabalho remunerado garantindo o sustento económico da família e as mulheres desempenhavam tarefas menos pesadas encarregando-se das tarefas domésticas, permanecendo em casa, alimentando e educando os filhos, e cuidando dos idosos.

O desenvolvimento económico, o capitalismo, a procura de um melhor conforto, e a necessidade de tanto o homem como a mulher desenvolverem uma atividade profissional levaram a alterações nas dinâmicas familiares. É relativamente frequente encontrar famílias monoparentais, casais de homossexuais ou famílias “reconstruídas” a partir de divórcios. A referir também que o número de elementos por família tem vindo a decrescer.

Os dados estatísticos mostram-nos que o número de elementos de uma família tem vindo a decrescer, a taxa de divórcios tem aumentado, o número de famílias de maior dimensão têm vindo a perder expressão: em 2011 as famílias com 5 ou mais pessoas representavam 6,5%, em contraposição às taxas de 9,5% e 15,4% das décadas anteriores e assistiu-se a um crescimento das famílias unipessoais (cerca de 37,3% nos últimos dez anos), segundo dados apresentados por Martins (2010).

Também em relação à sexualidade e à forma como é comunicada no seio familiar assistimos a profundas alterações.

Cano e Ferriani (2000; citado por Ribeiro, 2011) referem que “no passado, as famílias não tinham dúvidas sobre o que era certo e errado, o que podiam ou não permitir. Atualmente encontramos-nos num período de transição para a construção de um sistema de novos valores sexuais e as famílias confrontam-se com dificuldades e dúvidas sobre como orientar os filhos”.

Segundo Ribeiro (2011) “a família tem um papel fundamental no desenvolvimento global da criança e do adolescente, contribui ativamente na educação, socialização, prestação de cuidados, transmissão de crenças e valores, e de um modo geral, na saúde e bem-estar dos seus elementos e apresenta uma influência mais intensa na adolescência”.

Concluimos que são vários os autores que defendem a importância da família como fonte de informação e como meio privilegiado onde o adolescente constrói a sua sexualidade.

Sampaio, Batista, Matos e Silva (2007) referem que “a família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade”.

Os mesmos autores ainda referem que “a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais, programas de televisão ou sítios da internet constituem modelos e referências muito importantes para alguém que está a fazer o seu percurso pessoal, em busca da identidade e autonomia, só conseguidas no final da adolescência”.

No entanto e nas famílias atuais será que os temas da sexualidade são abordados de forma correta? Será que as famílias conseguem responder às necessidades de educação sexual dos adolescentes?

Segundo Galvão (2000; citado por Fernandes, 2006) “o exercício paternal tem que ser visto como um “*direito-dever*” e tem que estar em primeiro lugar relativamente a outras instituições de carácter educativo/formativo, como a escola ou a igreja. Infelizmente, muitos dos pais acabam por se demitir das suas funções de educadores, ou se o fazem, fazem-no de forma insuficiente ou deturpada”.

Existe a crença errada de que falar de sexualidade com os filhos pode induzi-los à prática sexual. Martins (2008) refere um estudo de Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman e Fong (2003) “numa investigação com 219 adolescentes femininas, examinou-se a comunicação que estas estabeleciam com as suas mães, e observou-se que quanto maior for a comunicação, mais esta poderá afetar positivamente o comportamento sexual adolescente”.

Segundo Brás (2012) “a composição familiar, o nível de educação e o estatuto socioeconómico, a qualidade da relação familiar, os estilos parentais, a supervisão parental, a comunicação entre pais e filhos e os modelos parentais no que respeita a atitudes e valores parentais face aos comportamentos sexuais, foram identificados como influenciadores das atitudes/ comportamentos sexuais protetores ou de risco para a saúde dos jovens”.

Podemos então referir que quanto maior for a capacidade das famílias comunicarem sobre sexualidade sem tabus, no momento certo, na altura certa e da forma mais correta adequada à idade, menores serão os comportamentos sexuais de risco da criança e do adolescente.

Segundo Sampaio, Batista, Matos & Silva (2007) a forma como a criança viveu a infância e a maneira como os pais (ou substitutos parentais) lidaram com as questões relacionadas com a sexualidade surgidas nesse período, são essenciais para uma boa evolução dos comportamentos sexuais na adolescência.

A família deve ser a base da educação sexual do adolescente. Pensamos que é importante capacitar as novas famílias para esta temática.

4.2 Escola

Sendo a escola um local onde os adolescentes passam 1/3 da sua vida, não deixa de ser normal que seja o espaço privilegiado para transmissão de informação, estabelecimento de laços afetivos e relações interpares. A escola com o seu papel formativo, apesar de não se substituir aos pais, deve ajudá-los na educação sexual. A escola com o seu objetivo de socialização não se pode demitir dessa responsabilidade.

A educação sexual em contexto escolar surge em meados do século XX. Na Europa, é a Noruega que estabelece a obrigatoriedade da educação sexual nas escolas em 1950.

Em Portugal, apesar de se considerar tema importante, só em 15 de junho de 2005 foi criado um grupo de trabalho com o objetivo de “propor os parâmetros de linhas programáticas de educação sexual em meio escolar” (Direção-Geral de Educação).

Do relatório preliminar desse grupo resultou o Despacho nº 25 995/2005, 2ª série que reforça a importância da educação sexual na escola em articulação com os pais, estabelece um protocolo com o ministério da saúde e prorroga o mandato do grupo de trabalho para que sejam estabelecidos conteúdos curriculares adaptados a cada ano letivo.

Só em 2009, com o Dec. Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto é estabelecida a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário.

A escola passou assim a ter projetos de educação sexual e a constituir uma potencial fonte de informação para os adolescentes. No entanto alguns autores revelam que ainda há um longo caminho a percorrer.

Segundo Sampaio (2011; citado por Brás, 2012)

“a educação sexual nalgumas escolas mantém-se ainda aquém das expectativas, pois esta não é implementada segundo as necessidades dos adolescentes. Os adolescentes deveriam ser os primeiros a ser questionados sobre as suas necessidades e a educação sexual ser ministrada em função das suas carências”.

Já em 2006, Sampaio referia que “alguns educadores têm dezenas de ideias feitas sobre a sexualidade dos mais novos. No entanto, são poucos os pais e professores capazes de exprimir convicções firmes sobre o tema, de modo a ajudarem os jovens a tomar decisões, a resolver dilemas, a optar com algum grau de liberdade no seu quotidiano afetivo”.

Pensamos que a educação sexual nas escolas deverá constituir-se como um espaço privilegiado para o levantamento de questões, o seu esclarecimento ao desmistificar mitos ou informações incorretas, e participar ativamente na adoção de medidas de promoção da saúde sexual e reprodutiva.

4.3. Os pares (grupos e amigos)

Os pares são os amigos, os colegas, os grupos com quem o jovem se relaciona.

Referindo-se a um estudo de Kinsman *et al* em 1998; Martins, Nunes, Silva & Garcia (2008) referem-nos que “muitas vezes a influência dos pares resulta do conceito de «comportamento normativo» para o grupo. Observou-se uma correlação positiva bastante significativa entre a crença de que uma relação sexual precoce representa um comportamento normativo e aceitável e a intenção de iniciação sexual”.

É no grupo que o adolescente sente necessidade de se integrar e de participar. Este imperativo leva-o a desenvolver comportamentos semelhantes aos do grupo.

Para Brás (2012) “é no grupo que o adolescente procura novas fontes de afeto, novos modelos, novas formas de identificação. É também o grupo que lhe permite a partilha de segredos e de experiências e que lhe dá por algum tempo, a identidade social de que carece” (...) nesta procura de identidade e de segurança dentro do grupo, querendo igualar-se continuamente uns aos outros, a pressão sentida pelo

adolescente pode ser grande, podendo gerar sensações de insegurança e até complexos de inferioridade”.

O grupo constitui assim uma importante fonte de informação para o adolescente. São vários os autores que realçam a importância do grupo no desenvolvimento das relações. Brás (2012) citando vários autores como Andrade, Dumas, Nodin ou Sampaio diz-nos que “a influência dos amigos torna-se poderosa, uma vez que representam uma fonte de afetos, de solidariedade, de compreensão, um lugar de experimentação e um ambiente para conquistar autonomia e independência dos pais”.

Tendo consciência da importância da necessidade de pertença a um grupo será que as informações sobre sexualidade que circulam no seio do próprio grupo serão as mais corretas? Será que o grupo influencia o comportamento sexual do adolescente?

Segundo Fernandes (2006) “as informações que circulam entre os grupos de pares são, quase sempre, imprecisas, acompanhadas de risos e anedotas associados. Contudo é a pressão que o grupo exerce sobre o adolescente que o leva a fazer a sua primeira experiência sexual, muitas vezes sem a devida preparação e desrespeitando o seu ritmo pessoal de crescimento”.

Segundo Brás (2012) “o grupo tanto pode influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável, como pode ser implicado na adesão a uma variedade de comportamentos de risco, nomeadamente os comportamentos sexuais de risco.”

É consensual mesmo noutras referências bibliográficas a influência que o grupo exerce sobre o adolescente. Esta influência pode ser negativa, no entanto, o grupo pode constituir-se como gerador de comportamentos saudáveis. Segundo Brás (2012) “o grupo de pares, apesar de muitas vezes possuir um conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce uma grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes”.

Fundamentando com o estudo HBSC promovido pelo Projeto Aventura Social em 2010 realizado a 5050 adolescentes de escolas secundárias nacionais, “a maioria dos adolescentes sente-se muito à vontade a falar de Educação Sexual com os amigos e pouco à vontade para falar com os pais sobre Educação Sexual. Mais de metade dos adolescentes sente-se muito à vontade para falar sobre Educação Sexual com os colegas e pouco à vontade para falar de Educação Sexual com os professores”.

Na nossa opinião há que aproveitar e ter em conta as potencialidades do grupo como fonte de informação da saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

4.4 Religião

Porque a religião e a espiritualidade estão enraizadas nas referências culturais dos portugueses, parece-nos importante refletir sobre as várias religiões como fonte de informação na área da sexualidade.

Corremos o risco de nos debruçarmos sobre a igreja católica uma vez que é a religião com mais peso a nível nacional.

Segundo Ribeiro (2011) “em Portugal a sexualidade dos jovens portugueses, é ainda pouco conhecida e é condicionada por influências morais e religiosas”.

Segundo Soares (1985; citado por Fernandes, 2006) “geralmente, as primeiras informações que os jovens receberam no seio da família e da igreja estavam profundamente orientadas pela ideia de pecado, isto é, que o sexo levava em si perigos tão grandes que podia destruir o ser humano”.

A igreja desde sempre procurou controlar a sexualidade das pessoas, criando a noção de que o ato sexual constituía um pecado.

Segundo Dantas (2009) “a instituição eclesiástica preocupou-se com a vida sexual da sociedade ocidental, dispondo-se a orientá-la segundo suas prescrições”.

Com a evolução da sociedade, a tomada de consciência de doenças sexualmente transmissíveis e o conhecimento de como as prevenir, a igreja distanciou-se ideologicamente dos aspetos ligados à sexualidade humana.

Quando na sociedade em geral foi consensual necessidade de implementar a disciplina de educação sexual nas escolas, a Conferência Episcopal Portuguesa (CEP) emitiu uma tomada de posição em 23 de junho de 2005, da qual resumimos algumas conclusões:

Referindo-se às linhas orientadoras da saúde sexual em meio escolar a CEP diz que “os conteúdos e ideias que se pretendem veicular, as metodologias propostas e a bibliografia sugerida como base de trabalho, que serviram de suporte àquelas iniciativas, colidem com a sensibilidade e as convicções do público referido”; referindo-se a pais, professores e cidadãos.

A CEP considera a sexualidade como algo essencial da personalidade humana, que não se pode reduzir a alguns momentos e comportamentos, sendo “um complexo que se integra no pleno e global desenvolvimento da pessoa.” (CEP 2005).

A igreja coloca nos pais a responsabilidade de educar os seus filhos na área de educação sexual e refere que “as outras instituições nunca podem substituir os pais, mas devem ajudá-los no cumprimento da sua missão educativa”.

Nesse sentido dá orientações para a necessidade de uma participação ativa dos pais na elaboração dos programas de educação sexual.

Apela ainda à necessidade de garantir a qualidade formativa dos docentes e abertura da escola à colaboração de organizações exteriores.

Mas perante este posicionamento que por um lado respeita a sensibilidade de todos os intervenientes deste processo educativo, mas por outro corre o risco de se distanciar dos próprios adolescentes, será que os jovens consideram as instituições religiosas como fonte de informação para a sua sexualidade? Deixamos esta questão em aberto.

4.5 Média - televisão, internet e revistas

Vivendo na era da informação, não podemos deixar de referir que também assistimos a muita “desinformação”. Especialmente a televisão e a internet são meios de divulgação de informações e conceitos de entre os quais a sexualidade.

Segundo Vilar (2000; citado por Brás, 2012) “a sexualidade sendo um tema da vida, assume grande centralidade ao ser mote de inúmeros programas jornalísticos, debates e programas de informação”.

Segundo Andrade (1996; citado por Brás, 2012) “a leitura e a televisão constituem importantes meios de informação sobre sexualidade. No entanto esta divulgação não é a maioria das vezes adequada aos adolescentes o que leva a conceitos errados”.

Num estudo efetuado por Fátima Brás em 2011 a 303 adolescentes que frequentaram os 10º, 11º e 12º anos de escolas do distrito de Bragança, esta conclui que:

“o conhecimento e informação sobre sexualidade, chega ou é obtida pelos jovens inquiridos de diferentes formas, os rapazes sugerem obtê-la, maioritariamente junto dos amigos (61,1%), pela televisão (60,3%) e professores (53,2%), referindo ainda o pai (46%) e a mãe (45,2%). Quanto às raparigas, elegem como meio de informação a televisão (61,6%), os amigos (59,3%), os professores (58,8%), e a mãe (56,5%), as raparigas referem ainda os enfermeiros e médicos com 45,8% e 41,2% respetivamente”.

Entre outros estudos, podemos referir que os meios de comunicação como a televisão, a internet e as revistas são uma importante fonte de informação na área da sexualidade, no entanto, sendo difícil de controlar a qualidade da informação, muitas vezes podem deturpar uma verdadeira educação sexual criando mitos, ilusões e conceitos errados.

4.6 Serviços de saúde

Relativamente à utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes, e de consenso geral que estes são o grupo etário “ menos utilizam os serviços de saúde e, medicina geral e familiar” (Prazeres, 1998:37).

É também com alguma frequência que assistimos à referência de que os profissionais de saúde tem competências insuficientes, para darem uma resposta mais eficaz e a prestação

de melhores cuidados de saúde a este grupo etário (Prazeres, 1998; Sampaio, 2006; Brás, 2008)

A promoção da saúde e a prevenção da doença deverão sempre ser o centro dos cuidados de saúde primários. Neste sentido os serviços de saúde também deverão dar resposta na área do planeamento familiar e da educação sexual e reprodutiva direccionada para os adolescentes.

No entanto segundo Brás (2012) citando vários autores refere que “estudos efetuados por Prazeres (1998a); Sampaio (2009b); Sassetti (1991) e Vicente (1999), sobre as atitudes dos adolescentes em relação às instituições de saúde, revelam que no nosso país os jovens utilizam pouco e mal os serviços de saúde por razões que se relacionam com o desfasamento entre os cuidados que lhe são prestados e as suas reais necessidades de saúde”.

Segundo Andrade (1996; citado por Brás, 2012) “os jovens têm medo de serem identificados e estão pouco motivados para frequentarem as consultas de planeamento familiar a nível dos centros de saúde, muitas vezes por falta de informação e desconhecimento do seu funcionamento”. Para além de promover as consultas de planeamento familiar, parece-nos importante transmitir a noção de que os serviços de saúde deverão sempre ultrapassar o espaço físico que os definem, ou seja, os profissionais de saúde deverão estar junto da sua população.

Os enfermeiros e os profissionais de saúde em geral, podem contribuir para que os jovens assumam, de forma progressiva, responsabilidade sobre as suas condutas pessoais face à saúde (Brás, 2008:227)

5 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A pesquisa efetuada sobre a temática em estudo permite-nos afirmar que “(...)o conceito de educação como fator interveniente no desenvolvimento da personalidade humana, na expressão da sua autonomia e como estratégia de desenvolvimento social, económico e cultural não é recente” (Costa, 2006).

As frases que usamos popularmente, como “aprender até morrer” ou “a melhor escola é a escola da vida”, realçam bem a ideia de que a formação se efetua ao longo de toda a vida.

Contudo, esta conceção popular referia-se principalmente aos saberes práticos, ou seja, aos saberes da vida, fazendo uma nítida distinção entre os saberes escolares e os saberes da vida. A escola foi considerada durante muito tempo como um meio para preparar os indivíduos para o desempenho de funções qualificadas e aceder a determinados níveis económicos e sociais, ou melhor dizendo, a escola preparava os Homens para a vida profissional e posição na sociedade, a que só alguns teriam direito a aceder (Roldão, 1966; citado por Costa, 2006).

O termo educação provém do latim *ex ducere*, que significa conduzir, desenvolver, fazer desabrochar. Assim, admitindo cada indivíduo numa perspetiva holística, podemos afirmar que ao educar estamos a ajudar esse indivíduo a desenvolver-se na sua plenitude, nas suas mais variadas vertentes.

A evolução dos conceitos de educação e saúde originou a definição de educação para a saúde, que também tem sido alvo de transformações e consequente evolução ao longo dos tempos, resultado da influência de fatores sociais, políticos, culturais e económicos.

Em termos históricos e muito resumidamente, a educação para a saúde foi inicialmente definida como educação sanitária, e consistia na instrução sobre a Saúde, onde prevalecia a abordagem informativa e didática.

Os educadores transmitiam conselhos, princípios de higiene e regras de conduta. Partia-se do princípio que as pessoas mais informadas teriam melhor saúde, ou seja, seriam adotados estilos de vida saudáveis se as pessoas estivessem bem informadas sobre os fatores causadores de doença.

Contudo, esta perspetiva de educação para a saúde descurava as crenças e valores dos indivíduos, e as suas necessidades e, por outro lado, também não considerava uma participação comunitária no processo. Era evidente a influência do modelo biomédico, sendo

dado maior ênfase aos aspectos bio fisiológicos em detrimento de todas as restantes dimensões dos indivíduos.

Em suma, os indivíduos e comunidades eram considerados sujeitos não participativos e as atividades centravam-se essencialmente no profissional de saúde.

Só mais tarde, por volta dos anos 60, se começou a denunciar a necessidade de promover a participação das coletividades e dos indivíduos no domínio da saúde.

Green (1980; citado por Costa, 2006) refere que a educação para a saúde é encarada como “toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas, destinadas a facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis.”

Esta definição parece-nos bastante completa. Por um lado chama a atenção para a necessidade de diversos e complementares métodos educativos, que atendam à singularidade de cada indivíduo e que lhe possibilitem, desta forma, o estabelecimento dos processos de aprendizagem.

Para que os indivíduos não adotem uma posição passiva, de meros objetos, torna-se indispensável que haja dinamismo. Por outro lado, a referência a *aprendizagens planificadas* reforça a importância do processo de reflexão constante, anterior à elaboração do projeto de educação para a saúde.

Quando o autor fala em *facilitar as mudanças voluntárias de comportamentos saudáveis*, está a fortalecer a importância de atender ao estilo de vida, conhecimentos, valores, experiências e atitudes do indivíduo/comunidade, assim como o respeito pela liberdade de opção de cada pessoa no seu processo de saúde-doença. O próprio termo *facilitar* implica ajuda, assistência e apoio por parte do educador.

Neste contexto, a educação para a saúde “visa desenvolver processos internos individuais que permitam a adoção de comportamentos saudáveis, respeitando estilos de vida e cultura de cada pessoa, os quais são influenciados pelo grupo/comunidade” (Costa, 2006).

A adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis é uma forma de assumirmos um papel ativo na preservação da nossa saúde.

Neste sentido, torna-se necessário que cada um faça as suas opções de vida, tornando-se responsável pela mesma. Contudo, devemos ter em consideração que as escolhas que cada indivíduo faz são muitas vezes condicionadas por sentimentos e emoções, sendo fundamental que os intervenientes no processo de educação para a saúde tenham este aspeto em consideração, não para as identificar e eliminar, mas antes para conhecê-las e valorizar os seus aspetos positivos, minimizando os seus possíveis efeitos negativos.

Neste contexto, podemos afirmar que o sucesso de um programa de educação para a saúde passa necessariamente pelo conhecimento da natureza humana dos indivíduos, constituídos por um corpo e por uma mente que interagem entre si.

Em suma, “os programas de educação para a saúde devem contemplar não só a dimensão física, mas também todas as outras dimensões que o ser humano encerra, de modo a constituir uma interação holística entre elas” (Damásio, 1998; citado por Costa, 2006).

“A educação para a saúde deve procurar modificar mais aquilo em que se acredita do que modificar atitudes. (...) O principal objetivo da educação para a saúde é portanto conseguir que aquilo em que as pessoas acreditam, relativamente à saúde, seja congruente com a realidade da saúde da doença, de forma que as pessoas possam fazer opções com base em informações corretas. Isto não é fácil e não se consegue apenas através da informação” (Tones, 1987; citado por Costa, 2006).

Um programa de educação para a saúde deverá ser orientado no sentido de ajudar os indivíduos a apreenderem as suas capacidades funcionais, de forma a promover o seu sentido de responsabilidade, de acordo com as metas que desejam alcançar. Exige um conhecimento prévio do indivíduo ou comunidade, não se limita a fornecer informação insuficiente ou inadequada, resultante do improvisado, da atividade accidental ou espontânea, mas sim informação adaptada ao público a quem se dirige.

As aprendizagens desenvolvidas ao longo do programa permitem a interação entre a educação para a saúde e os aspetos cognitivos, afetivos, psicomotores, sociais e comportamentais. Neste sentido, compete ao educador proporcionar assistência e apoio, disponibilizando os recursos disponíveis necessários à promoção de alterações comportamentais.

“Num entendimento antropológico, há referências como o modo de vida do indivíduo é condicionado pela sua herança, desenvolvimento e cultura. O comportamento, as atitudes, os valores e as experiências são alicerces de estilos de vida que através da educação para a saúde acarretam mudanças de hábitos e de opções no sentido de atingir o bem-estar.” (Carvalho, 2002; citado por Martins, 2009).

Neste contexto, podemos afirmar que a educação para a saúde procura orientar o indivíduo para o facto de que a saúde é um recurso, que deve ser cuidado e preservado, criando hábitos e comportamentos de saúde salutar, que reúnam meios de luta contra a doença e outros problemas quotidianos.

“A educação para a saúde respeita o direito à diferença, as escolhas individuais, as realidades culturais, sociais, familiares, profissionais, as formas de comunicação, crenças e expectativas, permitindo a interação dos saberes e representações, autonomizando indivíduos, grupos e comunidades nas escolhas que diariamente é necessário fazerem-se, incutindo um carácter reflexivo, partilhado e não diretivo ou imposto. Isto porque a saúde não é um direito individual, diz respeito a uma comunidade ou a um grupo onde todos os elementos têm a responsabilidade de zelar por atingir o bem-estar como uma coordenada importante da saúde.” (Martins, 2009).

A orientação para se atingir o bem-estar pode ser adquirida através do processo de educação para a saúde, que é um processo interminável, cujo principal objetivo se baseia na formação permanente e no exercício do sentido de responsabilidade.

A metodologia de projeto vê assumindo, um “ papel cada vez mais determinante na concepção, planificação e realização de actividades nas organizações educacionais” (Dias, Loureiro & Loureiro, 2013:289), neste pressuposto Mendonça (2002:17) explicitava a noção de projecto (...) um processo que prevê um certo número de meios para atingir essa finalidade”.

Defendem Dias, Loureiro & Loureiro, (2013:301) que as intervenções em meio escolar “ que visem a capacitação (*empowerment*) dos alunos contribuem para a sua formação integral, potenciando a adoção de estilos de vida saudáveis”.

De facto, a abordagem à educação e promoção da saúde deve ser orientado no sentido dos estímulos dos diferentes níveis de intervenção e de actores, pertencendo aos profissionais de saúde (e preponderantemente ao enfermeiro de saúde comunitária) um papel de catalisadores destas dinâmicas (WHO, 2012).

5.1 Teoria da aprendizagem social de Bandura

As teorias e os modelos compreendem um conjunto de conceitos e pressupostos, relacionados entre si, compreendendo o campo da prática, do ensino e da investigação, permitindo-nos assim compreender os problemas da saúde, e qual a melhor forma de responder às necessidades identificadas.

Deste modo, se a teoria procura compreender a natureza dos comportamentos, ela por si só, já traduz um conjunto de conceitos interrelacionados.

Os modelos, baseiam-se em teorias, traduzindo um conjunto de hipóteses genéricas, muitas vezes hipotéticas, cujo seu objectivo ´explicar ou analisar um determinado facto (Reis do Arco 2011).

Logo, se uma teoria procura explicar os comportamentos, abstraindo-se da realidade, os modelos propõem a forma como se devem alterar esses mesmos comportamentos.

Partindo destes pressupostos, que ambos os conceitos procuram explicar a relação entre o comportamento e o pensamento dos indivíduos, e se procurarmos traduzir estas premissas para as questões da saúde, a partir do momento que melhor se compreendem as suas crenças, os seus valores, as suas atitudes, será possível planar intervenções mais eficazes que permitem controlar ou modificar os comportamentos adoptados (Reis do Arco, 2011).

No estado da arte é consensual que devemos compreender a educação como um processo que não é apenas formal, mas igualmente não-formal e informal, e que todas essas vivências, complementares e por vezes contraditórias, ocorrem ao longo da vida da pessoa.

Neste sentido, ao conceptualizarmos a educação para a saúde, entendemo-la incluída neste processo de educação constante.

Entende-se assim, que a educação para a saúde trabalha para a autonomia da pessoa, reforçando os factores de prevenção face aos factores de risco, numa abordagem completa e holística.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde é a principal organização de âmbito global que lidera a definição de estratégias de promoção da saúde face ao atual mundo globalizado.

Analisando as diferentes recomendações emanadas das Conferências Internacionais de Saúde, verificamos que a Promoção da Saúde surgiu sempre como um dos seus principais temas de discussão, sendo este conceito evidenciado através do marco histórico que foi a realização da conferência de Ottawa e que na sua carta define a promoção da saúde como “... um processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controlo sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população (Carta de Ottawa, 1986:4).

Com as recomendações de Nairobi (2009) assume-se que diferentes indivíduos, grupos, comunidades ou instituições podem assumir papéis na educação para a saúde, pelo que genericamente aceita-se que a responsabilidade na promoção de condições e estilos de vida saudáveis, dependem de uma diversidade significativa de atores, nomeadamente pais, pares, professores, profissionais de saúde, políticos, cidadãos (WHO, 2009).

Consideramos pois que, atualmente, em educação para a saúde o “educador” pode e deve desenvolver atividades em lugares diversos como as escolas, locais de trabalho, comunidades e cidades, com estratégias que impliquem uma efetiva participação, promovam mudanças no conhecimento, compreensão, capacitando os indivíduos e a comunidade para agirem no sentido de contribuir para a promoção da saúde.

Actualmente, a área da educação para a saúde nas escolas, entendida como uma parte integrante dessa educação, compreende uma multiplicidade de métodos específicos, modelos e orientações (Ministério da Educação, 2005).

Tradicionalmente a educação para a saúde nas escolas tem sido desenvolvida face aos modelos do ensino tradicional, com metodologias baseadas na transmissão directa do conhecimento por parte do professor, para um receptor da informação, o aluno.

Estes modelos educativos tradicionais baseiam-se na suposição de que se forem expostos situações concretas aos alunos eles poderão tomar decisões racionais para prevenir as doenças (Vilaça, 2007).

Face à necessidade de definir modelos educativos, de oposição aos modelos tradicionais, os surgimentos das teorias de aprendizagem social vieram permitir o desenvolvimento de novas abordagens e métodos.

Neste sentido, a teoria de aprendizagem social de Bandura tem ajudado a explicar as relações de complexidade entre o conhecimento e normas sociais instituídas, e as orienta-

ções transmitidas a partir dos programas de educação para a saúde com o objectivo de intervir sobre a alteração dos comportamentos dos indivíduos (Bandura, 1986).

De acordo com Glanz (1999:29), a teoria sociocognitiva é "correntemente a versão dominante utilizada no comportamento de saúde e na sua promoção".

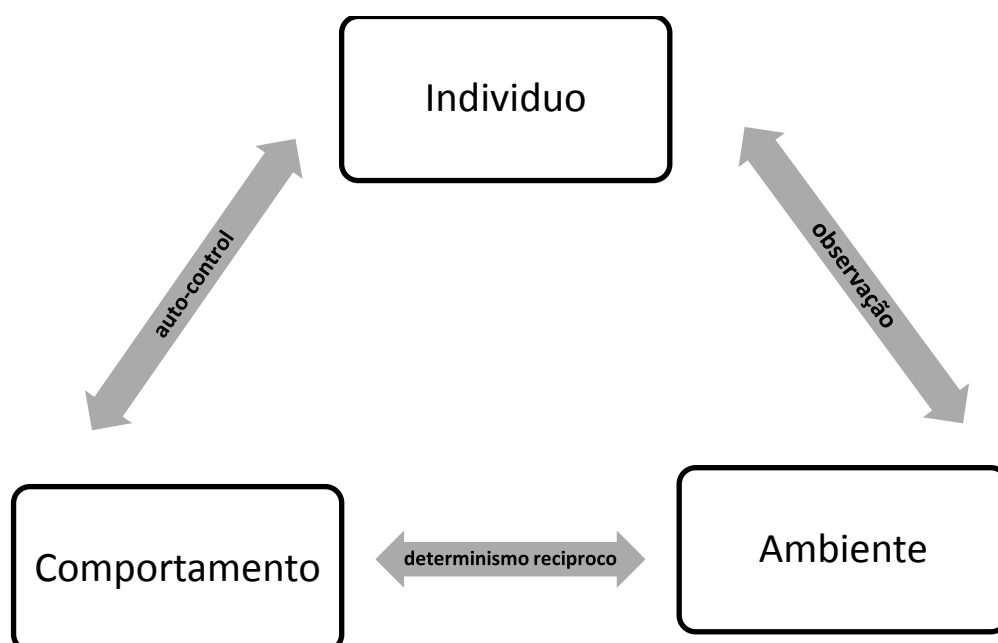
Nesta teoria de aprendizagem o comportamento humano é motivado e derivado de várias necessidades, atividades, impulsos e instintos. (Bandura, 1986:1).

O entendimento desta teoria é a "as pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também observando as acções dos outros e os resultados dessas acções" (Glanz, 1999:29).

Bandura (1986) vai mais além na teoria da aprendizagem social trazendo alguns conceitos inovadores nomeadamente: a aprendizagem observacional e reforço vicariante entendido como as experiências que o indivíduo observa através do outro, reforçando a importância da cultura na transmissão de costumes e comportamentos sociais.

Para melhor compreendermos esta teoria, (Bandura, 1986:18) reforça (...) que os factores pessoais (crenças, expectativas, atitudes e conhecimento), o ambiente (recursos, consequências das ações e ambiente físico), assim como o comportamento (atos, escolhas individuais); todos influenciam e são influenciados uns pelos outros.

Figura n.º 2: Diagrama de interacção segundo a Teoria Cognitiva-Social de Bandura



Fonte: Adaptado de Torisu & Ferreira (2009).

Desta análise, surge-nos uma tríade definida por Bandura como o determinismo recíproco, pois existe uma relação directa entre estes diferentes factores que mutuamente se influenciam uns aos outros (Bandura, 1986).

Assim, podemos compreender que os comportamentos do homem podem ser analisados através desta triangulação constituída pela soma das características pessoais, o comportamento e os factores ambientais.

A partir da observação dos comportamentos de terceiros, o indivíduo pode retirar regras para seu próprio comportamento, incorporando-as nas suas vivências. O termo modelação é caracterizado por processos psicológicos de comparação, sendo que a componente básica destes processos é a observação e a imitação. (Bandura, 1986)

Isto justifica a possibilidade de mudanças de comportamento, através de programas e projectos de educação para a saúde que intervenham sobre os processos de aprendizagem adicionando à relação indivíduo/ambiente o factor comportamental.

Aguilar (2010), com base na análise da teoria de Bandura, que este autor recorre a quatro elementos para introduzir a aprendizagem por observação, designadamente:

- Atenção (o indivíduo tem a capacidade de seleccionar entre o que observa e o que pretende observar, sendo que esta seleção é feita em função das características do modelo do observador e da actividade em si).
- Retenção (a informação observada é codificada, traduzida e armazenada no nosso cérebro, com uma organização em padrões, em forma de imagens e construções verbais).
- Reprodução (o indivíduo tem a capacidade de traduzir as concepções simbólicas do seu comportamento armazenado na sua memória nas acções correspondentes).
- Motivação e os Interesses (para que um determinado comportamento aprendido seja executado, é necessária motivação para o fazer, e que esta pode ser atingida através de incentivos).

Este autor, defende ainda que no que ao ensino diz respeito existem quatro conceitos a ter em conta na aprendizagem por observação:

- O ensino de novos comportamentos (quando se pretendem ensinar novas competências ou novas formas de pensar e de sentir, devem-se promover as mudanças de forma deliberada).
- Desenvolvimento das emoções (através da aprendizagem por observação, os indivíduos podem desenvolver reacções emocionais a situações até aí nunca experimentadas).

- Facilitar os comportamentos (podem-se aprender comportamentos que fazemos não por estarmos especialmente motivados para isso, mas por serem necessários em determinadas situações).
- Troca de Inibições (a inibição surge quando se vê um modelo obter consequências negativas com o seu comportamento, tornando indesejável a sua imitação).

Deste modo, com base nos pressupostos defendidos Bandura podemos concluir:

- As pessoas podem aprender observando o comportamento dos outros e os resultados desses comportamentos;
- A aprendizagem pode ocorrer sem uma mudança de comportamento, isto é a aprendizagem pode ou não resultar num comportamento mudança;
- A cognição desempenha um papel importante na aprendizagem (Dias, 2006).

5.2 - A educação para a saúde em meio escolar

Várias investigações mostram que as origens do comportamento humano, em todos os seus domínios, se situam na infância e na adolescência. Por esse motivo, as escolas básicas e as secundárias podem ter um papel privilegiado em proporcionar uma educação para a saúde sistemática e eficaz, embora seja necessário associar a família e todas as outras iniciativas sociais.

“A educação para a saúde nos estabelecimentos de ensino tem por finalidade inculcar nos alunos, atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças evitáveis na sua idade. Para além disso, deve tentar responsabilizá-los pela sua própria saúde e prepará-los para que, ao sair da escola e incorporar-se na comunidade, adotem um regime, um estilo de vida o mais saudável possível.” (Pestana, 1995; citado por Martins, 2009).

A necessidade marcante de abordar temas relacionados com a saúde nas escolas levou ao surgimento do conceito de Escola Promotora de Saúde, cujo objetivo é contribuir para o total desenvolvimento das potencialidades dos alunos, o que implica que os jovens tenham um papel ativo neste processo:

“Uma escola que se deseja promotora de saúde deve criar condições para os alunos desenvolverem plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. O processo educativo, numa escola que se assuma promotora de saúde, assenta no envolvimento dos diferentes elementos da comunidade local, valorizando a participação ativa dos jovens e o papel dos adultos de referência.” (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, 2000; citado por Costa, 2006).

Reflectindo a sociedade em que vivemos, a escola integra hoje estudantes de origens culturais muito distintas. Neste contexto, a escola assume um papel fundamental nas atitu-

des de respeito que devem merecer essas diversas sensibilidades, sem nunca deixar de lado a família, que na realidade é o espaço emocional fundamental onde estas têm origem.

De acordo com o GTES (2007, citando Kuntsche & Jordan, 2006) na Europa os adolescentes passam cerca de 2/3 do tempo na escola, pelo que esta tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia dos adolescentes. A escola é pois o local privilegiado da relação do adolescente com os pares. A grande maioria dos adolescentes dá valor aos aspetos positivos da vida, tanto na família como no grupo de pares, e valorizam a escola no seu percurso individual.

Neste contexto, e procurando uma intervir de modo preventivo, protetor e promocional, é fundamental identificar, em cada escola, quais os aspetos considerados pelos alunos como aspetos positivos promotores de estilos de vida saudáveis (incluindo fatores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares); quais os fatores que estão associados ao bem-estar dos alunos e através de que mecanismos tal acontece. Todas as intervenções devem centrar-se em fatores positivos e em comportamentos alternativos.

“Se o consumo de substâncias (ou o sedentarismo, ou a alimentação deficiente ou abusiva, ou o isolamento social, ou o mal-estar psicológico, ou o sexo desprotegido, ou ainda a violência interpessoal) for o comportamento habitual, será pois necessário identificar e negociar com estes percursos alternativos para lidar com os acontecimentos de vida, sem recurso a condutas lesivas da sua saúde” (GTES, 2007).

Na área da saúde é frequente falar em fatores de risco e fatores de proteção. Atualmente, o número de fatores que ameaçam a adaptação psicossocial e comportamental das crianças e adolescentes assume lugar de destaque no estudo da proteção da saúde e é denominado por efeito cumulativo dos fatores de risco. A bibliografia sobre este tema aponta o número de quatro fatores como de risco como um número quase certamente associado a problemas de saúde psicossocial (GTES, 2007).

Qualquer projeto de intervenção na área da promoção da saúde nas escolas deve assumir como fundamental a necessidade de combater o efeito cumulativo dos fatores de risco, em termos do seu impacto para a saúde das crianças e adolescentes, atuando de modo articulado e integrado.

“A promoção do sucesso escolar tem aqui um papel de extraordinária importância, por um lado, porque a situação dos pais nesta matéria pode ser mais frágil; por outro, porque facilitará a quebra do ciclo vicioso: - baixa escolaridade – iliteracia – falta de expectativas – pobreza – risco para a saúde.” (GTES, 2007).

5.3- A educação sexual em Portugal

A educação sexual nas escolas é uma necessidade e um direito das crianças, dos adolescentes e jovens, e das próprias famílias, previsto na legislação portuguesa desde 1984 através da Lei 3/84 – Direito à Educação Sexual e ao Planeamento Familiar, onde era definido o papel do Estado como garante do direito à Educação Sexual e se instituiu a inclusão de conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, adequados aos vários níveis de ensino.

Em 1986, a Lei de Bases do Sistema educativo colocava a educação sexual numa nova área, definida como transversal – a formação pessoal e social.

Posteriormente, em outubro de 1998, procedesse à redação do relatório interministerial para a elaboração do Plano de Ação em Educação Sexual e Planeamento Familiar, onde são anunciadas medidas concretas com vista ao cumprimento da lei de 1984 e onde a educação sexual é entendida como *“uma componente essencial da educação e da promoção da saúde”*.

No ano seguinte, em 1999, vê-se reforçada a necessidade de haver um melhor acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva por parte dos adolescentes e jovens através do Plano para uma Política Global de Família.

A Lei 120/99 de 11 de agosto veio reforçar as garantias do direito à saúde reprodutiva; e foi regulamentada pelo Decreto-Lei 259/2000 de 17 de outubro, que referia que a organização curricular dos ensinos básico e secundário deveria considerar obrigatoriamente a abordagem da promoção da saúde sexual e da sexualidade humana, quer numa perspetiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas curriculares cujos programas incluíssem a temática.

A escola é percebida como “(...) entidade competente para integrar estratégias de promoção da saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo como na organização de atividades de enriquecimento curricular favorecendo a articulação escola-família.” (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

Através desta legislação a educação sexual é integrada na área da educação para a saúde, da qual também fazem parte a educação alimentar, a atividade física, a prevenção de consumos nocivos, e a prevenção da violência em meio escolar.

O conceito de educação para a saúde fundamenta-se na ideia de que a informação permite identificar comportamentos de risco, reconhecer os benefícios dos comportamentos adequados e originar comportamentos de prevenção.

Assim, podemos afirmar que os objetivos centrais da educação para a saúde são a informação e a consciencialização de cada pessoa acerca da sua própria saúde e a aprendi-

zagem de competências que a preparem para uma progressiva autorresponsabilização. A educação sexual foi integrada por lei na educação para a saúde por atender ao mesmo conceito de abordagem com vista à promoção da saúde física, psicológica e social.

Em 2009, através da Lei 60/2009 de 6 de Agosto, a Assembleia da República aprova um conjunto de princípios e regras, em matéria de educação sexual, onde desde logo prevê a organização funcional da educação sexual nas escolas. Esta lei é regulamentada pela portaria 196-A/2010 de 9 de Abril de 2010.

“Neste contexto, consagram-se as bases gerais do regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, conferindo-lhe o estatuto e obrigatoriedade, com uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, especificada por cada turma e distribuída de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano letivo e, por último, estabelecendo-se ainda que a educação sexual deva ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permita respeitar o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa.” (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

Esta lei dispõe a obrigatoriedade da existência de programas regulares de educação sexual em todos os ciclos de ensino, com uma duração mínima de 6 horas no 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico, e com uma duração mínima de 12 horas no 3º Ciclo do Ensino Básico e no Ensino Secundário. Estes programas deverão acontecer preferencialmente nas áreas curriculares não disciplinares – formação cívica e área de projeto.

A lei também clarifica a estrutura organizativa em que se deve basear a educação sexual nas escolas, assente numa equipa dinamizadora e nos gabinetes de educação para a saúde.

Assim, prevê a criação de um gabinete de informação e apoio no âmbito da educação para a saúde e educação sexual, cujo funcionamento será assegurado por profissionais com formação nestas áreas. Este gabinete deverá articular a sua atividade com as unidades de saúde da comunidade local ou outros organismos do estado, nomeadamente o Instituto Português da Juventude.

Prevê ainda a criação de uma equipa interdisciplinar de educação para a saúde e educação sexual, com uma dimensão adequada ao número de turmas existentes, por cada agrupamento de escolas e escola não agrupada. Deve designar-se um professor-coordenador da educação para a saúde e educação sexual, que coordena esta equipa.

No artigo 9º desta lei são salvaguardadas as parcerias quer com os profissionais de saúde das unidades de saúde quer com a respetiva comunidade local. Cabe à unidade de saúde pública competente no âmbito da atividade de saúde escolar apoiar a educação para a saúde e a educação sexual.

As orientações curriculares respeitantes aos conteúdos da educação sexual são definidas pela Portaria 196-A/2010 de 9 de abril de 2010.

“Os objetivos mínimos da área de educação sexual devem contemplar os seguintes conteúdos que podem ser abordados nas áreas disciplinares ou nas áreas curriculares não disciplinares.

1º Ciclo (1º ao 4º anos)

Noção de corpo;
O corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural;
Noção de família;
Diferenças entre rapazes e raparigas;
Proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas.

2º Ano

Para além das rubricas incluídas nos programas de meio físico, o professor deve esclarecer os alunos sobre questões e dúvidas que surjam naturalmente, respondendo de forma simples e clara.

3º e 4º Anos

Para além das rubricas incluídas nos programas de meios físico, o professor poderá desenvolver temas que levem os alunos a compreender a necessidade de proteger o próprio corpo, de se defender de eventuais aproximações abusivas, aconselhando que, caso se deparem com dúvidas ou problemas de identidade de género, se sintam no direito de pedir ajuda às pessoas em quem confiam na família ou na escola.

2º Ciclo (5º e 6º anos)

Puberdade – aspetos biológicos e emocionais;
O corpo em transformação;
Caracteres sexuais secundários;
Normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas;
Diversidade e respeito;
Sexualidade e género;
Reprodução humana e crescimento; contraceção e planeamento familiar;
Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;
Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas;
Dimensão ética da sexualidade humana.

3º Ciclo (7º ao 9º anos)

Dimensão ética da sexualidade humana;
Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;
Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana;
Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;
Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de ação e tolerância (efeitos secundários);
Compreensão da epidemiologia das principais IST em Portugal e no mundo (incluindo infeção por VIH/vírus da imunodeficiência humana – HPV2/vírus do papiloma humano e suas consequências) bem como os métodos de prevenção. Saber como se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais;
Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado;
Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado;
Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável;
Prevenções dos maus tratos e das aproximações abusivas.

Ensino secundário

Compreensão ética da sexualidade humana.

Sem prejuízo dos conteúdos já enunciados no 3º ciclo, sempre que se entenda necessário, devem retomar-se temas previamente abordados, pois a experiência demonstra vantagens de se voltar a abordá-los com alunos que, nesta fase de estudos, poderão eventualmente já ter iniciado a vida sexual ativa. A abordagem deve ser acompanhada por uma reflexão sobre atitudes e comportamentos dos adolescentes na atualidade:

Compreensão e determinação do ciclo menstrual em geral, com particular atenção à identificação, quando possível, do período ovulatório, em função das características dos ciclos menstruais.

Informação estatística, por exemplo sobre:

Idade de início das relações sexuais, em Portugal e na EU;

Taxas de gravidez e aborto em Portugal;

Métodos contraceptivos disponíveis e utilizados; segurança proporcionada por diferentes métodos; motivos que impedem o uso de métodos adequados;

Consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto;

Doenças e infeções sexualmente transmissíveis (como infeção por VIH e HPV) e suas consequências;

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.” (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010).

Desta análise do enquadramento legal da educação sexual em Portugal podemos concluir que foram precisos cerca de 25 anos para a educação sexual passar de uma mera intenção legislativa para um quadro legal e normativo bastante mais claro, quer em termos dos objetivos e finalidades da educação sexual, quer em termos dos seus conteúdos mínimos, quer ainda na forma como as escolas se devem organizar para a promover.

Por outro lado, verificamos que a sexualidade juvenil e, consequentemente, a educação sexual nas escolas, continuam a ser temas controversos. A própria educação para a saúde ainda é, muitas vezes, entendida como uma atividade extra nas escolas, e não como uma componente essencial da educação das crianças e jovens.

5.4 Sexualidade e educação sexual

Desde o momento do nascimento somos tratados e educados de forma diferente de acordo com o sexo a que pertencemos. Ao longo de todo o processo de crescimento e desenvolvimento, vamos adquirindo uma identidade sexual, ou seja, a maneira como sentimos e percebemos a pertença a um dos sexos.

A sexualidade infantil e a sexualidade adolescente são etapas fundamentais na edificação da sexualidade adulta. A sexualidade é um longo processo de maturação física e psicológica, organizado a partir de uma evolução interna e construído na relação com os elementos significativos do contexto familiar e social de cada indivíduo. A sexualidade e a educação sexual devem fundamentar-se nestes princípios. A sexualidade e a educação sexual dizem

respeito ao corpo, à expressão corporal, à imagem corporal, ao maior ou menor conforto que cada um tem em relação ao seu corpo.

Estando a sexualidade sujeita a um processo de aprendizagem que ocorre a longo de toda a vida, Nodin (2001) considera que

“a educação sexual se refere a todas as formas de transmissão de valores e informações sobre sexualidade, nas suas múltiplas e variadas dimensões, iniciando-se desde o nascimento, na forma como os pais se relacionam com a criança e nos comportamentos que os reforçam ou inibem” e sendo “veiculada em termos sociais, nas normas existentes sobre o comportamento que é considerado apropriado para os indivíduos, de acordo com o seu sexo e idade.”

Contudo, a sexualidade é também influenciada por outros fatores, tais como, as mensagens divulgadas através dos média, como sejam a televisão, o cinema e a publicidade, quantas vezes contraditórias e confusas (Nodin, 2001).

A maneira como a criança vive a infância e a forma como os pais lidam com as questões relacionadas com a sexualidade que surgem nessa fase, são essenciais para uma boa evolução dos comportamentos sexuais na adolescência.

“Quando a família vivenciou padrões de conflito, fugas ao problema ou discordâncias parentais significativas, é possível que a sexualidade juvenil se venha a tornar um foco de tensão entre as gerações; se, pelo contrário, a evolução da criança se processou sem sobressaltos significativos, a adolescência tende a ser vivida como um período onde a sexualidade é um momento importante de descoberta e gratificação.” (GTES, 2007).

A família constitui um espaço emocional único para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade. Os exemplos dos pais e irmãos, a forma como os familiares transmitem valores e convicções face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais, programas de televisão ou páginas da internet, constituem modelos de referência muito importantes para os mais novos, que procuram diariamente a sua identidade e autonomia, estão a construir a sua personalidade.

Neste contexto, percebe-se facilmente a importância de incluir a família nos programas de educação para a saúde e, neste caso específico, de educação sexual em meio escolar, e a cooperação entre a escola e a família.

Tendo sempre presente que é à família que compete a educação dos seus filhos, a escola também deve ser vista como um contexto importante para permitir aos estudantes aumentar os seus conhecimentos na área da sexualidade e para a promoção de atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos.

Assim, escola e família devem cooperar e organizar-se de modo a potenciar a informação pertinente e promover todo um conjunto de comportamentos ajustados e sem riscos na área da sexualidade.

A fase da adolescência é caracterizada por diversos conflitos que colocam os jovens numa posição mais sensível. A sexualidade, embora seja contínua em toda a vida humana,

é na fase da adolescência que irrompe de forma mais súbita, obrigando o jovem a lidar não só com mudanças físicas repentinas mas também a amadurecer rapidamente ao nível psicológico para que, simultaneamente se mostre responsável pelas decisões que toma nesta fase.

Neste sentido, e uma vez que a maior parte dos jovens vive os seus dias inserido no ambiente escolar, passando desta forma pouco tempo junto das famílias, a escola assume uma posição particular no desenvolvimento da personalidade dos adolescentes.

Tendo presente a função das Escolas Promotoras de Saúde e sendo a sexualidade uma das áreas contempladas no âmbito da Promoção da Saúde, assume-se como fundamental a abordagem da educação sexual em contexto escolar.

A escola é um local de destaque onde se desenvolve o processo de socialização e construção da personalidade dos jovens. De forma intencional ou não, através de mensagens ou de comportamentos, a escola interfere no desenvolvimento sexual dos alunos.

Sabendo que a função educativa não se resume à mera transmissão de saberes escolarizados, e assumindo que a maior parte dos adolescentes vivem a adolescência nas escolas, a abordagem da sexualidade junto dos jovens torna-se essencial em ambiente escolar e assume-se como uma prioridade quando se fala de saúde preventiva.

A educação assume, fundamentalmente, o papel de preparar os indivíduos para a liberdade de pensamento, discernimento, sentimento, imaginação necessários para o desenvolvimento dos seus talentos e assim, assumirem-se como donos do seu próprio destino.

A educação sexual, componente da grande esfera educacional, tem como principal objetivo: “(...) ajudar e apoiar os jovens ao longo de todo o seu desenvolvimento físico, emocional, cultural, moral e espiritual, proporcionando-lhes um clima de confiança e discernimento que lhes facilite a transição da infância para a adolescência e desta para a idade adulta (...) Procura-se ainda que os jovens adquiram aptidões de autonomia e comportamentos responsáveis que lhes permitam ultrapassar com confiança e sucesso as dificuldades com que se deparam. Só assim estarão preparados para corresponder às oportunidades, responsabilidades e experiências da vida adulta.” (Dias, 2002; citado por Costa, 2006).

5.4.1 A Educação Sexual em Meio Escolar

O tema da Sexualidade e da Educação Sexual é um tema particularmente delicado para muitos pais e professores e, por isso, faz com que estes não sejam capazes de transmitir um conjunto coerente de opiniões, essenciais para capacitar os jovens a fazerem escolhas que lhes permitam evoluir na adolescência com responsabilidade, satisfação e segurança.

E educação sexual em contexto escolar e integrada na educação para a saúde, centra-se na mudança de atitudes e crenças que se julgam ser determinantes do comportamento, com vista à promoção de um melhor estado de saúde. “Tem como objetivo a integração das

várias dimensões da sexualidade humana numa postura responsável de crianças e jovens, numa perspetiva transversal, desde as relações interpessoais, responsabilidades, anatomia, fisiologia, etc.” (Moreira, s.d.; citado por Coimbra, 2012).

Atualmente verifica-se uma maior consciencialização sobre estes assuntos, quer no âmbito das instituições (serviços de saúde e escolas), quer no seio das famílias, despertando para a necessidade de garantir que os jovens adquiram conhecimentos que lhes permitam vivenciar uma sexualidade responsável.

Desta forma, a Educação Sexual é definida pelo GTES (2005) como “um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual.”

Tem como objetivos:

- “ – o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- a melhoria dos seus relacionamentos afetivo-sexuais;
- a redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infeções sexualmente transmissíveis (IST);
- a capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abusos sexuais. A longo prazo deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade, durante toda a vida.” (GTES, 2005).

“A educação sexual que defendemos deve contribuir para uma correta tomada de decisões no campo sexual ao longo da vida e possibilitar escolhas com respeito e responsabilidade” (GTES, 2005).

Assim, é fundamental entender que os comportamentos sexuais dos jovens dependem da interação entre motivações internas e relacionamentos interpessoais, mas podem ser influenciados pela forma como os adultos que os rodeiam, nomeadamente, na família e na escola, vivem os seus relacionamentos afetivo-sexuais no dia-a-dia.

Em contexto escolar, importa saber que a sexualidade depende de quatro fatores psicossociais definidos por Sadock (2005; citado pelo GTES, 2007) que envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais e que são: a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual.

Estas dimensões originam com frequência dúvidas e questões, pelo que é importante explicitá-las um pouco mais, tendo por base o GTES.

A identidade sexual refere-se ao padrão definido pelas características biológicas e sexuais, que formam um conjunto coerente (através dos cromossomas, genitais internos e externos, hormonas e caracteres sexuais secundários), a pessoa não tem dúvidas acerca do seu sexo. No entanto, a construção da identidade sexual é um processo que pode sofrer adversidades e necessitar por isso de abordagem especializada.

A identidade de género prende-se com o sentido de ser masculino ou feminino e estabelece-se por volta dos 2 ou 3 anos de idade. “Resulta de uma série infindável de experiên-

cias com os familiares e com os pares e de fenómenos culturais, em que as características biológicas interagem com uma série de estímulos, de modo a definir o género” (Sadock, 2005, citado pelo GTES, 2007).

As questões da masculinidade e da feminilidade surgem com alguma frequência nos contextos da sexualidade na adolescência, pelo que se torna importante a sua abordagem num programa de educação sexual.

A orientação sexual descreve o objeto dos impulsos sexuais: heterossexual (sexo oposto), homossexual (mesmo sexo) ou bissexual (os dois sexos). Por vezes surgem dúvidas transitórias sobre a orientação sexual, principalmente na fase da puberdade e na fase média da adolescência.

Um programa organizado de educação sexual deve abordar temas como a heterogeneidade dos comportamentos sexuais e o respeito pela diferença, principalmente se for uma questão solicitada pelos alunos.

O comportamento sexual inclui o desejo, as fantasias ligadas à sexualidade, o autoerotismo, a procura de parceiros e, de um modo geral, todas as experiências que têm por objetivo obter satisfação de necessidades sexuais.

Na sociedade atual, merecem especial atenção as situações de comportamentos sexuais através da utilização de novas tecnologias, e em contextos onde não existe a dimensão afetiva.

Um programa de educação sexual em meio escolar não pode nunca fundamentar-se numa vertente médico-sanitária.

Atualmente, a escola assume um papel fundamental no desenvolvimento dos alunos e de todo um conjunto de qualidades que lhes permitam encontrar uma conduta sexual que contribua para a sua realização como pessoas ao longo da vida.

Neste contexto, qualquer iniciativa de educação sexual em meio escolar deve promover a reflexão crítica por parte dos estudantes acerca dos seus comportamentos na área da sexualidade.

É fundamental evidenciar a importância da responsabilidade no âmbito da vivência sexual, o que deverá ser feito não só através de informação pertinente em contexto de ações de formação, mas também, e principalmente, abordando a afetividade como uma das componentes essenciais de uma sexualidade responsável.

Em suma, podemos afirmar que a educação sexual em meio escolar tem como principal objetivo “contribuir para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma, logo, mais responsável da sexualidade” (Frade, 2009).

No Guia de Educação Sexual na Escola para Professores, Formadores e Educadores, os autores apontam um conjunto de valores fundamentais que norteiam a educação sexual na escola e que são os seguintes:

- “Reconhecimento de que a sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais.
- Valorização das diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida.
- Respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual.
- Promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos.
- Respeito pelo direito à diferença.
- Reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade.
- Reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis.
- Reconhecimento que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual.
- Recusa de formas de expressões da sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações pessoais de dominação e exploração.
- Promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, na esfera sexual e reprodutiva.” (Frade, 2009).

A sexualidade assume uma perspetiva biopsicossocial, de onde emergem três objetivos que são basilares num contexto de uma educação sexual efetiva: a promoção do domínio dos conhecimentos, a promoção do desenvolvimento de atitudes positivas e responsáveis e a promoção do desenvolvimento de competências.

Neste contexto, os autores do guia anteriormente referido criaram conjuntos de objetivos de acordo com as diferentes componentes cognitivas.

O primeiro conjunto diz respeito à esfera dos conhecimentos e é fundamentado no facto de os programas de educação sexual poderem contribuir para um maior conhecimento dos factos e componentes que integram a sexualidade. Neste grupo os objetivos referem-se ao aumento e consolidação de conhecimentos acerca de:

- “das várias dimensões da sexualidade;
- do corpo sexuado e dos seus órgãos externos e internos;
- dos componentes anatómico-fisiológicos e psicológicos da resposta sexual humana;
- da diversidade das expressões do comportamento sexual humano ao longo da vida e das suas diferenças individuais;
- dos mecanismos da reprodução humana e da contraceção;
- das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando a sexualidade, o amor, a reprodução e as relações entre os sexos;
- dos problemas que podem surgir ligados a esta esfera da vida e da saúde e dos apoios possíveis.” (Frade, 2009).

O segundo conjunto de objetivos prende-se com os sentimentos e as atitudes, expondo a possibilidade de a Educação sexual contribuir para:

- “uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afetividade nas expressões e comportamentos sexuais nas várias fases de desenvolvimento;
- uma atitude não sexista, ou seja, que recusa as formas de dominação de um sexo por outro e defende uma relação entre seres diferentes, mas iguais em direitos;

- uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos(as) outros(as);
- uma atitude preventiva em matéria de saúde, nos aspetos relacionados com a sexualidade e a reprodução.” (Frade, 2009).

O último conjunto de objetivos assenta no desenvolvimento das capacidades individuais, nomeadamente:

- “no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados;
- no aumento das capacidades de comunicação;
- na aquisição de um vocabulário adequado;
- no aumento da capacidade de pedir ajuda e saber identificar apoios, quando necessário.” (Frade, 2009)

A operacionalização da educação sexual nas escolas deve constar do projeto educativo da própria escola. De acordo com a legislação vigente, cada escola desenvolve a área da educação sexual através de iniciativas de nível disciplinar, interdisciplinar e extracurricular, tendo cada escola a autonomia para encontrar o seu caminho e ritmo próprios.

As atividades desenvolvidas ao nível extracurricular têm sido as mais seguidas, muitas vezes com a colaboração de profissionais de saúde e de organizações não-governamentais, podendo no entanto ser menos eficazes, se realizadas de forma esporádica (Marques, 2000).

A educação pelos pares é uma estratégia que tem vindo a ganhar destaque no âmbito da promoção e educação para a saúde, em meios escolares e não escolares. É hoje largamente utilizada como forma de operacionalização da educação sexual.

Marques (2000) cita Sanders & Swiden para enunciar os vários fatores que concorrem para o sucesso no desenvolvimento de ações de educação sexual: ser neutral, não atribuir “certos” e “errados”, controlar a emissão de juízos de valor, facilitar a identificação de valores pessoais, partilhar o saber em vez de o impor, partilhar escolhas, disponibilizar material de apoio, demonstrar disponibilidade e confiança, utilizar vocabulário adequado, aplicar conhecimentos cientificamente atualizados, abordar conteúdos adequados à faixa etária, procurar a coerência nas intervenções.

Existem várias técnicas de educação sexual e por isso, a seleção de uma determinada estratégia de intervenção deverá basear-se na adequação ao contexto específico onde se vai intervir.

A estratégia mais comumente utilizada centra-se em atividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação ativa dos adolescentes. Cabe ao agente educativo que está a dinamizar a sessão promover o trabalho de reflexão e incentivar a problematização de questões que vão sendo propostas aos adolescentes num clima geral de diálogo construtivo (Ferreira *et al.*, 2004).

As atividades podem ser desenvolvidas em pequenos ou grandes grupos, sendo a seleção feita com base no bom senso e na adaptação à fase de desenvolvimento dos adolescentes em causa. Exemplos de técnicas utilizadas: *brainstorming*, discussão de casos, técnicas de relaxamento, jogos de desenvolvimento pessoal e de relação interpessoal, técnicas de relaxamento.

A utilização deste tipo de técnicas implica experiência e algum domínio, sendo mesmo necessárias algumas aprendizagens e treino específico para a sua aplicação, uma vez que são meios poderosos de intervenção, frequentemente utilizados em contextos terapêuticos (Ferreira *et al.*, 2004).

As atividades a desenvolver e os conteúdos a abordar devem estar adaptados às várias etapas de desenvolvimento psicosssexual (um jovem com 10 ou 12 anos tem certamente interesses e necessidades diferentes de um jovem de 15, 16 ou 17 anos).

Por outro lado, é também importante não esquecer que, mesmo considerando uma determinada fase de desenvolvimento – pré-adolescência, adolescência, jovem, etc. – subsistem profundas diferenças individuais, o que origina turmas heterogêneas na sua composição, nos seus temas de interesse e nas suas inquietações.

É ainda de realçar, as diferenças que se verificam nos interesses e necessidades dos rapazes e das raparigas da mesma idade. São fases de desenvolvimento muito rápidas e em que os processos de aprendizagem não são lineares, acontecendo por meio de avanços e recuos. Os temas de interesse podem variar em cada ano escolar e até mesmo ao longo do próprio ano. (Frade, 2009).

Para que as sessões de educação sejam eficazes, deve ser criado um clima de confiança e de respeito fundamental para o sucesso das intervenções, proporcionando um ambiente sereno que impeça constrangimentos provocados por perguntas mal-intencionadas ou comentários inapropriados, garantindo que todos os elementos que estão a participar na sessão se sintam seguros e respeitados na sua intimidade e privacidade (Ferreira *et al.*, 2004).

Os autores do Guia de Educação Sexual na Escola para Professores, Formadores e Educadores reconhecem que a máxima participação no processo de ensino/aprendizagem é a forma mais eficaz de intervenção quando se pretende a aquisição de conhecimentos, a mudança de atitudes, a aquisição de capacidades e o desenvolvimento de competências.

“Embora não sejam de excluir pequenas exposições sobre uma ou outra questão, longas dissertações para grandes audiências não são os melhores caminhos pedagógicos em Educação Sexual.

As exposições ou conferências podem ser um dos momentos da atividade, mas devem ser complementadas com outras formas de trabalho mais participadas.

Partir dos conhecimentos individuais e do grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor e o jogo ou trabalhar em pequenos grupos são as metodologias mais eficazes nesta área.” (Frade, 2009).

Deste modo, enfatizam-se as metodologias participativas como fomentadoras de uma aprendizagem ativa. Esta ideologia tem por base, por um lado, a convicção de que o indivíduo é o principal agente da sua aprendizagem e deve ser capaz de construir o seu próprio conhecimento nas suas diferentes dimensões – cognitiva, emocional e comportamental – embora seja, enquanto ser social, o fruto de inúmeras interações proporcionadas pelos diferentes contextos em que se insere. Por outro lado, o papel do adulto centra-se no apoio e acompanhamento ao longo desse processo de construção, permanecendo atento e fornecendo os meios e recursos necessários na construção do seu processo de aprendizagem (Frade, 2009).

Neste contexto, assume especial importância a conceção que se tem do mundo e a própria noção de vida. É pois importante não esquecer que, embora o direito à educação seja presente na Constituição Portuguesa, o direito à liberdade de educação também deve ser respeitado, e por isso cabe à família decidir e escolher o percurso educativo dos seus filhos.

É através da reflexão que os adolescentes podem consolidar o que aprenderam e podem desenvolver uma nova compreensão, novas atitudes e novas capacidades em relação aos assuntos em causa. Os enfermeiros deverão ter o cuidado de proporcionar informação escrita aos adolescentes, que estes possam guardar como referência futura e ainda disponibilizar uma forma de contacto para que os adolescentes possam esclarecer dúvidas que venham a surgir no futuro.

5.4.2 O papel do enfermeiro na educação para a saúde/educação sexual

A educação para a saúde, pela sua magnitude, deve ser percebida como uma vertente importante da prevenção, e que na prática deve procurar a melhoria das condições de vida e de saúde das populações.

Para que as pessoas possam alcançar um nível adequado de saúde, é fundamental que saibam identificar e satisfazer as suas necessidades básicas. Assim, devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Neste sentido, a educação para a saúde significa contribuir para que as pessoas obtenham autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida.

A educação para a saúde deve provocar um debate interno nos indivíduos a quem se destina, criando oportunidade para que estes possam pensar e refletir acerca das suas vidas e, sejam eles próprios a transformar a sua realidade.

A educação para a saúde surge assim “como um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida quotidiana das famílias e sociedades” (Vasconcelos, 1998; citado por Oliveira, 2004).

A concretização da educação para a saúde requer do profissional de saúde, e principalmente do enfermeiro pela sua proximidade com esta prática, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão do seu papel como educador.

O enfermeiro desempenha uma função importante no seio da população, pois participa em programas e atividades de educação para a saúde, tendo como objetivo a melhoria da saúde do indivíduo, da família e da população em geral. “Sendo ele um educador, está inserido no contexto que norteia a educação para a saúde, visto que é necessário orientar a população, e por que não dizer, mostrar alternativas para que esta tome atitudes que lhe proporcionem saúde no seu sentido mais amplo” (Silva, 1999; citado por Oliveira, 2004).

“O educador é o profissional que usa as palavras e gestos como instrumento de trabalho nesta luta coletiva (Vasconcelos, 1998; citado por Oliveira, 2004). A educação para a saúde engloba todas as ações de saúde e deve estar presente na prática diária do enfermeiro.

Como profissional de saúde, é fundamental que o enfermeiro seja capaz de identificar os níveis das suas ações no processo educativo, refletindo a necessidade de se desvincular da sua prática assistencial, colocando-se como educador justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas, entendendo que ele não é o dono do saber e sim o cooperador e participante deste processo de transformação (Oliveira, 2004).

Os jovens adolescentes encontram-se numa fase do ciclo de vida particularmente sensível e, por isso, a intervenção do enfermeiro junto destes assume uma importância acrescida.

“É no contexto rico e instável da vida interior, próprio da adolescência, onde frequentemente se misturam a curiosidade, o desejo, as incertezas e inseguranças, a atração e a vertigem do imediato, que os jovens têm de aprender a conduzir os seus processos volitivos” (Ferreira *et al.*, 2004).

Após o conhecimento das opções possíveis, os jovens adolescentes devem ser capazes de decidir com lucidez e com sentido dos valores envolvidos, de modo a optarem pela alternativa mais adequada ao seu desenvolvimento pessoal.

“Quando o enfermeiro age como educador sexual e conselheiro pode ajudar o utente a obter conhecimentos, prepará-lo para alterações na sua sexualidade durante o ciclo de vida” (Ferreira *et al.*, 2004).

Todos os indivíduos com que o enfermeiro contacta possuem uma dimensão sexual, independentemente do seu estado de saúde/doença.

Assim, é fundamental que o enfermeiro desenvolva ações educativas que incrementem a capacidade de diferenciar vivências emocionais e afetivas, interpretando-as e integrando-as adequadamente no contexto do desenvolvimento pessoal.

É importante que os adolescentes aprendam a compreender e interpretar os sentimentos, e a hierarquiza-los de acordo com diferentes graus de intensidade, profundidade e duração. Pretende-se orientar os jovens adolescentes, capacitando-os para conciliar as várias expressões dos sentimentos, através da vontade e do raciocínio lógico.

“É importante distinguir estados emocionais relativamente voláteis – emoções simples (medo, cólera, surpresa, alegria), vínculos afetivos mais duradouros – (simpatia, carinho, ternura) e dinamismos integradores da personalidade em que participa a afetividade (amizade e amor)” (Ferreira *et al.*, 2004).

Vivemos numa sociedade que transmite sistematicamente mensagens incongruentes. Por um lado promove-se a educação para a saúde, baseada na reflexão e transformação; por outro, vive-se num ritmo acelerado, procurando o prazer imediato, assistindo à fragilização dos laços familiares, aos maus tratos a crianças e idosos, entre muitos outros exemplos de situações que mais não fazem senão fomentar a indiferença, a superficialidade e a instabilidade afetivas.

A vida afetiva começa a desviar-se do lugar central que deve ocupar no contexto da sexualidade.

Perante este cenário, o enfermeiro enquanto educador deve possuir uma série de competências e procurar adaptar-se às mudanças investindo na sua própria formação.

O enfermeiro deve possuir os seguintes atributos: “genuína preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos outros; personalidade equilibrada, com bom domínio de aptidões de comunicação e facilidade de relacionamento; aceitação positiva da sua sexualidade e da dos outros; respeito pelos valores do próximo; atitude de envolvimento relativamente aos pais, e outros agentes educativos; capacidade para reconhecer situações que necessitam da intervenção de outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos, professores, etc.); formação pedagógica nas metodologias participativas e ativas” (Ferreira *et al.*, 2004).

O enfermeiro tem ainda o papel de promover o êxito do processo educativo com critérios de exigência e qualidade; atender às variadas sensibilidades evitando a massificação, transmitir valores e informação factual, muitas vezes opondo-se ao que é difundido na sociedade.

Também é importante que o enfermeiro possua um bom domínio da língua portuguesa que lhe permita discursos objetivos que estimulem a cognição e que despertem nos adolescentes a curiosidade, motivando-os a descobrirem através das palavras, percursos de conduta e atitudes adaptados a eles. “Em complemento, será ainda necessário que conceda uma atenção específica ao domínio das expressões e ritmos próprios da comunicação não-verbal, quer compreendendo corretamente as manifestações dos adolescentes, quer auxili-

ando-os a descobrir a importância destes componentes comunicacionais no contexto relacional” (Ferreira *et al.*, 2004).

O papel do enfermeiro nas sessões de educação sexual passa por promover a análise de hipóteses alternativas de escolha que se deparam ao adolescente, mostrando as vantagens e desvantagens, e fomentando um espaço de reflexão e discussão das mesmas. Desse modo está a estimular o crescimento/amadurecimento interior de cada jovem adolescente.

“A vivência da sexualidade, e a expressão e dádiva do que cada um tem de mais íntimo, merece ser tratada com toda a atenção e delicadeza, respeito e responsabilidade, pois tanto pode ser fonte de felicidade e enriquecimento como pode tornar-se origem de profundo sofrimento. A oportunidade de realização humana implícita na vivência responsável da sexualidade pode ser esbanjada e banalizada se não for orientada no sentido do amor humano autêntico” (Ferreira *et al.*, 2004).

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, no seu parecer nº109/2009, defende que “o enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevantes para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à saúde escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades” (Conselho de Enfermagem, 2009).

Este Conselho define ainda uma posição oficial acerca da operacionalização da educação sexual:

“...A educação sexual escolar deve ser lecionada num contexto holístico da criança, adolescente e jovem como um todo, de forma personalizada, em contexto letivo, grupos focados no tema e individualmente. O mais importante não é basear a orientação sexual na anatomofisiologia e no uso de preservativos e outros anticoncecionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas ações, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro” (Conselho de Enfermagem, 2009).

Quando se trabalha na construção de uma abordagem educativa da sexualidade, é fundamental garantir o pressuposto de um adequado relacionamento afetivo entre o educador e o educando (enfermeiro e utente), baseado na confiança mútua e no respeito pelas vivências pessoais. Assim, se constrói um dos objetivos mais nobres da educação da sexualidade: “a criação de oportunidades educativas que permitam aos jovens melhorar a gestão dos seus processos de crescimento, nomeadamente pela aquisição de competências de decisão e escolha que os apetrechem para lidar adequadamente com os problemas concretos que tenham de defrontar” (Ferreira *et al.*, 2004).

6. O PLANEAMENTO EM SAÚDE

Planeamento faz parte das nossas rotinas de vida, pese embora na sua maioria das vezes estejamos inconscientes disso. Na verdade do planeamento dependeu a sobrevivência do ser humano, o sucesso de grandes nomes da história da humanidade, do sucesso de muitas organizações.

Aponta-se que o planeamento é o processo de formulação da estratégia, mas Mintzberg (1994) aprofundando o conceito propõe é um processo formal que produz um resultado articulado sob a forma de um sistema integrado de decisões.

Por outro lado, o conceito de estratégia no campo da saúde tem, geralmente, um sentido mais inclusivo e abstracto, e, de acordo com Mintzberg (1992), a estratégia é uma posição – especialmente um meio de localizar a organização no meio ambiente.

Consoante o mesmo autor, a estratégia torna-se na força mediadora entre a organização e o ambiente, isto é, entre o interno e externo.

Em sintonia estão Goldstein, Nolan & Pfeiffer, (1993), quanto ao papel desempenhado pela estratégia num processo de tomada de decisão, caracterizado como um padrão de decisões coerente, unificante e integrante de um conjunto de decisões sobre as regras de tomada de decisão que guiam o comportamento da organização.

Reflectindo os aspectos principais do conceito de estratégia podemos afirmar que esta se define como a melhor forma de lidar com o nosso problema, conduzindo a um algoritmo de apoio a escolhas coerentes e coordenadas relativamente, a uma acção ou intervenção.

Com base nestas premissas os serviços de saúde não são excepção.

Atualmente, devido às pressões e mudanças que o regime está sujeito, e que são de variadíssima ordem, (mudanças estas que nunca se tinham feito sentir de forma tão exacerbada), a gestão dos serviços de saúde constitui um desafio sem precedentes.

Ao mesmo tempo, o conhecimento globalizado tem influenciado maiores exigências por parte dos cidadãos face à prestação de cuidados de saúde, o surgimento de um novo perfil epidemiológico, e por outro lado as mudanças na estrutura demográfica da população tornaram-se uma ameaça sistemática à sustentabilidade do sistema de saúde.

Ao nível do estado da arte é consensual, que o planeamento em saúde surge como uma ferramenta eficaz e eficiente, (como evidenciaram alguns dos sucessos obtidos nos

países desenvolvidos onde Portugal se inclui) e que contribui enormemente para a obtenção de bons resultados ao nível dos indicadores de saúde.

Assim, o planeamento em saúde pode ser definido com um processo contínuo, sistémico, abrangente e racional que nos permite uma previsão real dos recursos disponíveis e necessários com o fim de atingir os objectivos no espaço e tempo definidos. Logo, podemos afirmar que o planeamento em saúde é uma estratégia que envolve processos de escolha racionais face às intervenções necessárias com base na alocação de recursos.

Importa aqui destacar, que o planeamento é uma ferramenta de trabalho, pois constitui um meio e não um fim em si mesmo, o que implica que o mesmo deve ser monitorizado de forma a avaliar se este realmente contribui para uma melhor gestão organizacional, uma melhor utilização dos recursos, para dessa forma não se tornar um obstáculo à excelência dos cuidados.

O que faz do planeamento em saúde, uma atividade de enorme importância na gestão é que os recursos são sempre escassos ou limitados, enquanto as necessidades são ilimitadas.

Ao nível da saúde, o interesse pelo planeamento das ações nasceu como consequência da complexidade crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde das populações em todo o mundo.

De acordo com (Tavares, 1990:29) “em saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem d prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.”

O mesmo autor reafirma (Tavares, 1990:14), “Subjacentes ao Planeamento da Saúde, encontramos dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência.”

O princípio da equidade na distribuição de recursos tem um maior peso na fase de definição de prioridades, sendo nesta fase que se decide pelas áreas de intervenção e pela comunidade ou grupo populacional a abordar e de acordo com os problemas de saúde identificados anteriormente, aquando da realização do diagnóstico da situação. O princípio da eficiência surge na fase de seleção de estratégias, face à premissa da distribuição de recursos.

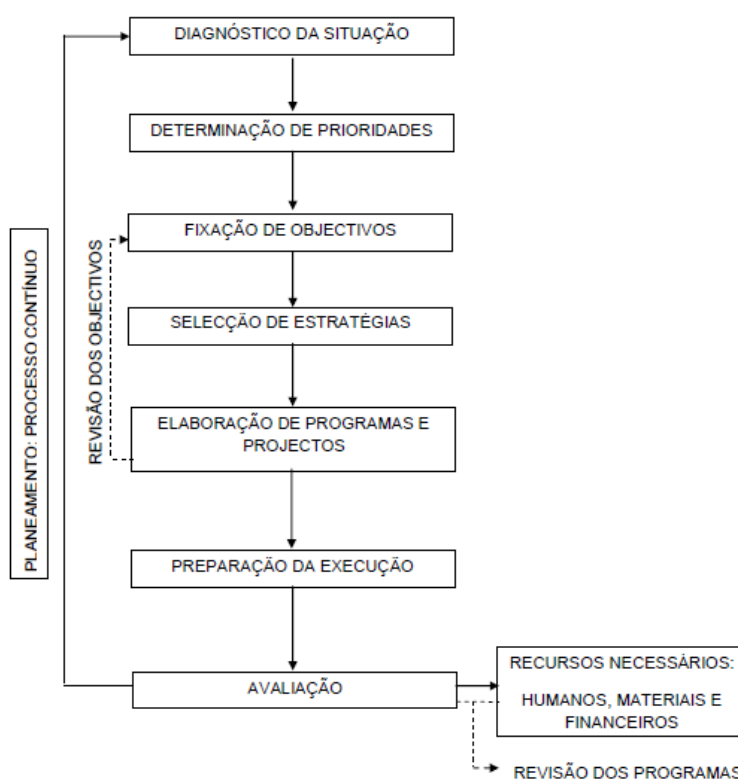
Logo, de entre as várias estratégias possíveis, deveremos optar pelas que permitam atingir um máximo de resultados com os custos mínimos.

Reforça, a Ordem Enfermeiros Portugueses (2010), que a metodologia do planeamento em saúde é uma importante ferramenta de trabalho do enfermeiro especialista em

enfermagem comunitária, visto ser uma das competências específicas o estabelecer da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, através da metodologia do planeamento em saúde.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:29), as etapas do planeamento em saúde facilitam as intervenções nesta área sendo que esta estratégia deverá seguir determinadas fases, designadamente: “Diagnóstico de situação; Definição de prioridades; Selecção de estratégias; Preparação da execução e Avaliação”.

Figura 1: Etapas do Processo de Planeamento em Saúde



Fonte: Imperatori & Giraldes (1982:10). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais

O primeiro passo no processo de planeamento em saúde é o **Diagnóstico da Situação**, este, procura responder às necessidades da população *beneficiária*. Neste sentido, os planos, programas e projetos são relevantes quando propiciam satisfação de uma necessidade identificada nesta etapa.

Tavares (1990) refere que para se poder fazer um diagnóstico da situação é fundamental considerar dois conceitos: problema e necessidade. Para o autor “(...) um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico

ou pela coletividade (...)", enquanto que "(...) a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir." (Tavares, 1990:51).

As necessidades podem ser reais ou sentidas e, dentro das necessidades sentidas, podemos distinguir as expressas e as não expressas. Assim, ao elaborar o diagnóstico da situação, estamos a identificar problemas e a determinar necessidades.

Tavares (1990) vai ao encontro de Imperatori & Giraldes (1983) ao definir as características que o diagnóstico da situação deve possuir:

"Deve ser:

1. Suficientemente alargado;
2. Suficientemente aprofundado;
3. Sucinto
4. Suficientemente rápido;
5. Suficientemente claro;
6. Corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (da saúde, da formação,...)." (Tavares, 1990:53).

A segunda etapa do processo de planeamento em saúde corresponde à **Definição de Prioridades**. Trata-se, essencialmente, de um processo de tomada de decisão.

Imperatori & Giraldes (1993:64) definem que "a existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias)."

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados, recorre-se à utilização de critérios que possibilitarão ordenar os problemas em prioridades. Para tentar excluir a carga subjectiva e tornar esta etapa tão objetiva quanto possível referimos três critérios definidos pela OMS em 1965 e que se tornaram clássicos. São eles "(...) a magnitude, caracterizando o problema pela sua dimensão, a transcendência, valorizando as mortes por grupos etários e a vulnerabilidade, correspondendo à possibilidade de prevenção." (Tavares, 1990:86).

Além destes, existem outros critérios que têm vindo a ser utilizados na determinação de prioridades:

"Evolução: consiste na possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente;
Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências: nestes casos seria dada maior prioridade às doenças que provocassem estas situações;
Conformidade legal: o argumento para a sua inclusão são as facilidades existentes na resolução de problemas sobre os quais já existe legislação favorável;
Atitude da população: a receptividade, insatisfação, comprometimento ou grau de controlo da população sobre um problema podem também ser elementos a ponderar na escolha de prioridades;
Fatores económicos: problemas que determinem uma grande despesa ou com efeito negativo na produtividade ou cuja solução aumente o nível de emprego poderão ter maior prioridade." (Imperatori & Giraldes, 1983:66).

A etapa seguinte do processo de planeamento – a **Fixação de Objetivos** – assume extrema importância. Sem objetivos não é possível saber para onde se vai e, portanto, dificilmente se chegará a algum lugar.

Neste sentido, os objetivos fixados devem ser formulados de maneira a “(...) precisar os resultados que se podem obter, em relação a quem, em que tempo, e em que espaço.” (Tavares, 1990:102). Este autor refere ainda que “(...) os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo.” (Tavares, 1990:113). Aponta quatro características de tipo estrutural a considerar na formulação de um objetivo. O objetivo deverá ser:

- Pertinente, adequando-se às situações que suscitaram a intervenção;
- Preciso, contendo em si a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido;
- Realizável, não sendo um objetivo demasiadamente ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado;
- Mensurável, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior.” (Tavares, 1990:116).

Para tal, Tavares (1990) refere que existem cinco elementos a ter em conta na construção dos objetivos: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou de fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Para a concretização da etapa de definição de objetivos, Imperatori & Giraldes (1983:77) apontam quatro fases a percorrer:

- “- A seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo;
- A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.”

Em relação aos indicadores, podemos afirmar que “(...) um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” (Tavares, 1990:120). O aspeto fundamental de um indicador é que ele avalie convenientemente aquilo que na realidade se quer medir. Consideram-se dois principais tipos de indicadores:

- Indicadores de resultado ou de impacto: medem as “(...) alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema.” (Tavares, 1990:120).
- Indicadores de atividade ou de execução: medem a “(...) atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.” (Imperatori & Giraldes, 1983:78).

No que respeita à determinação da tendência dos problemas, esta consiste na “(...) determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural no passado, e caso as condições atuais, tecnológicas e outras, se mantenham.” (Tavares, 1990:122).

Em seguida pode-se então proceder à fixação do objetivo, sendo este agora entendido como “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.” (Imperatori & Giraldes, 1983:79).

A dificuldade na fixação de objetivos a par com a necessidade de passar de objetivos muito complexos a objetivos mais específicos, levou ao conceito de *objetivo operacional* ou *meta*. O objetivo operacional (ou meta) define-se como “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.” (Imperatori & Giraldes, 1983:80).

É também importante fazer a distinção entre objetivo (que se traduz em indicadores de resultado) e meta (ou objetivo operacional) no que diz respeito ao prazo de avaliação; ou seja, enquanto a evolução de um indicador de resultado ou de impacto só é passível de ser feita a médio prazo (5 a 6 anos), a avaliação de um indicador de atividade pode ser feita a curto prazo (anualmente). “Fixar objetivos consiste em definir exatamente para onde se vai.

A forma como se lá chega é parte integrante da seleção de estratégias, etapa seguinte do processo de planeamento.” (Tavares, 1990:136).

A fase de **Seleção de Estratégias** assume particular relevância no processo de planeamento, na medida em que é nesta fase que são propostas novas formas de atuação. Uma estratégia de saúde pode ser definida como “(...) o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas como fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1983:87).

Os mesmos autores consideram as seguintes fases na elaboração das estratégias de saúde:

- Estabelecer os critérios de conceção das estratégias.
- Enumerar as modificações necessárias.
- Esboçar estratégias potenciais.
- Escolher as estratégias mais realizáveis.
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas.
- Estimar os custos das estratégias.
- Avaliar a adequação dos custos futuros.
- Rever as estratégias e os objetivos (se necessário) ” (Imperatori & Giraldes, 1983:87).

Esta fase do planeamento requer alguma criatividade e também um conhecimento aprofundado acerca do problema em estudo, pelo que investigar sobre situações semelhantes pode facilitar a construção de estratégias inovadoras a operacionalizar na fase seguinte do processo de planeamento.

Contudo, existem sempre a possibilidade de surgirem obstáculos quer a nível organizacional, legal ou financeiro, relativamente a cada uma das estratégias formuladas.

Por vezes, os próprios profissionais de um serviço adotam posturas de resistência à mudança que são também obstáculos à implementação de um projeto.

Chegados a este ponto do processo de planeamento, é necessário planear operacionalmente a execução do projeto.

A etapa seguinte diz respeito à **Elaboração de Programas e Projetos**.

Antes de mais, é importante fazer a distinção entre programa e projeto. Um programa pode definir-se como “(...) o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo.” (Imperatori & Giraldes, 1983:129). Por sua vez, um projeto “(...) é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.” (Imperatori & Giraldes, 1983:129).

Um programa distingue-se de um projeto na medida em que o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto decorre num período de tempo bem delimitado.

Para a elaboração de um programa é fundamental ter em consideração as suas principais componentes: a identificação do programa, os objetivos operacionais ou metas, a tecnologia e os recursos necessários ao programa, o custo do programa e o seu financiamento. Assim, definem-se as atividades específicas do planeamento em função dos objetivos operacionais estabelecidos.

Cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros:

- “1 – o que deve ser feito;
 - 2 – quem deve fazer;
 - 3 – quando deve fazer;
 - 4 – onde deve ser feito;
 - 5 – como deve ser feito;
 - 6 – avaliação da atividade;
 - 7 – se possível: o objetivo que deve atingir;
 - 8 – eventualmente: o custo da atividade”.
- (Tavares, 1990:169).

De seguida, toma lugar a fase de **Preparação da Execução**.

É uma fase onde se procura facilitar a realização das atividades através do conhecimento das inter-relações entre as diferentes atividades, evitando sobreposições e excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizando entraves na execução e prevendo recursos necessários.

Segundo Tavares (1990), na preparação da execução existem quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (orçamentos – determinação de custos), com comportamentos (regulamentos – determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes no processo), com métodos (procedimentos – determinar co-

mo devem processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (programações – relação entre o tempo e as atividades).

Por fim, a última etapa do processo de planeamento é a **Avaliação**.

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objeto e o objetivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão”. (Imperatori & Giraldes, 1983:127).

Tavares (1990:205) refere que de acordo com a “(...)Organização Mundial de Saúde (1981), a avaliação é ma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Por si só, estabelece um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas do processo de planeamento, integra-se também em cada uma das suas etapas.”

A principal função da avaliação é determinar o grau de sucesso do planeamento realizado. Para que tal seja possível, é necessário recorrer a critérios e normas. “Um critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador, uma norma é o ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico.” (Tavares, 1990:205).

Concomitantemente, é consensual que a avaliação permite fazer uma comparação entre os objetivos e as estratégias definidas ao nível do processo de planeamento.

Após a realização da avaliação, é fundamental voltar à primeira fase do planeamento e proceder à atualização do diagnóstico da situação, melhorar a informação disponível, e assim sucessivamente, conferindo ao planeamento o seu carácter de processo dinâmico e contínuo.

Conclui-se então, que neste nosso trabalho a forma de assegurar o seu sucesso foi a escolha do planeamento em saúde como estratégia articulada para intervir na comunidade escolar.

6.1 A enfermagem e o planeamento em saúde

Hoje em dia, a enfermagem detém um corpo de conhecimentos que servem de base ao exercício da profissão. É esta visão paradigmática da realidade que permite ao enfermeiro diferenciar o que é o cuidar em enfermagem do restante conhecimento multidisciplinar.

Tal facto, é confirmado ao imperar em pleno século XXI, uma prática baseada na evidência, em que os profissionais de enfermagem procuram enriquecer o conhecimento conceptual da disciplina, definindo cada vez melhor o objecto de estudo da profissão.

O importante papel do enfermeiro no cuidar do doente, a criação de metodologias próprias e o crescente nível de exigência em novas áreas da enfermagem contribuíram para a autonomia da profissão.

Neste contexto, o planeamento em saúde surge como uma das principais ferramentas dos cuidados de enfermagem, pois é um instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

O processo de planeamento requer todo um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, ordenados de modo a poder interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e preestabelecidos.

Neste sentido, o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro define que um enfermeiro especialista deve ter: “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648).

No mesmo regulamento, é referido que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização partilham de um grupo de domínios que são denominados competências comuns:

“a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648).

Para tal, o enfermeiro necessita de desenvolver uma série de conhecimentos e competências das áreas da saúde e da gestão, bem como ter uma visão geral do contexto em que se insere o desenvolvimento do seu trabalho.

O Regulamento 128/2011 define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, referindo que, este deve desenvolver “uma prática globalizante centrada na comunidade” onde os cuidados de saúde primários assumem um papel fundamental na “resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica”.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública “(...) assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de uma elevada capacidade para responder de forma

adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.” (Regulamento 128/2011, 2001:8667).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, durante o seu percurso de formação especializada, adquire:

“(…)competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.” (Regulamento 128/2011, 2001:8667).

De acordo com a OEP, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Artigo 4.º do Regulamento n.º 128/2011, 2011:8667).

Podemos assim concluir que, recorrendo à metodologia do planeamento em saúde, podemos intervir em diferentes contextos, trabalhando com os cidadãos na promoção da sua saúde, tendo como objetivo o seu empoderamento e capacitação, enquanto aptidões indispensáveis aos processos de tomada de decisão sobre a sua saúde.

Parte II

ENQUADRAMENTO PRÁTICO

ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

1. O PLANEAMENTO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA INTERVIR NA COMUNIDADE

A apresentação de esta intervenção comunitária tem na sua base a metodologia de planeamento em saúde, tendo esta (e tal como anteriormente referido) sido desenvolvida na Escola Secundária de São Lourenço.

Face aos pressupostos definidos em todo o enquadramento teórico, esta intervenção assenta em quatro dimensões: o diagnóstico de saúde, a planificação da intervenção, o contexto onde esta é desenvolvida e a avaliação da mesma.

No entanto, face ao contexto dos tempos que hoje atravessamos, estes apresentam-se como complexos e difíceis de interpretar na medida que muitas das nossas representações, valores e paradigmas estão a mudar, ao mesmo tempo que uma série de fenómenos se vêem instalando de forma rápida, sem nos dar tempo a compreender as suas consequências

Mas apesar de esta “polissemia” nos poder servir para caracterizar as tendências e as actuais condições onde o sector saúde e em consequência o planeamento se desenvolvem (dimensão explicativa), assim como para imaginar, as novas formas de pensar a saúde pública e o planeamento (dimensão propositiva), o sector saúde, vê-se hoje, transposto por fenómenos tais como a privatização, as reduções de recursos humanos, os mercados concorrenciais, o enfraquecimento do papel do estado, inclusive trás de novo à discussão as questões relativas ao direito à saúde.

Assim, ao nível das transformações que muito provavelmente o sector saúde irá sofrer, a metodologia de planeamento em saúde, e no nosso entender, poderá ser uma das ferramentas que nos permitirá repensar os modelos de intervenção na comunidade.

2.CAMPO DE ESTÁGIO - ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO

A Escola situa-se num local privilegiado da cidade de Portalegre, na Av. George Robinson, freguesia de S. Lourenço.

Ao nível do espaço físico a escola é constituída por 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, e por vários serviços de apoio, destacando um ginásio, um refeitório/ bar, sala de convívio, papelaria, espaços exteriores e uma biblioteca.

Em relação à população estudantil, a Escola Secundária de São Lourenço no ano lectivo 2013/2014 registava cerca de 900 alunos distribuídos por 4 turmas de 7º ano, 12 turmas de 10º ano, 9 turmas de 11º ano, 10 turmas de 12º ano e uma turma de educação e formação de adultos.

A nível de recursos humanos, e segundo dados do projeto educativo escolar 2011-2013, a escola tem ao serviço 80 professores, 69 dos quais pertencem ao quadro de escola, sendo interessante verificar que cerca de 76% do total de docentes já estão ao serviço da Escola Secundária de São Lourenço há mais de 10 anos.

Relativamente ao pessoal não docente, relatamos 38 elementos que garantem o funcionamento do espaço escolar.

Atualmente a escola não pertence a qualquer agrupamento escolar. Os órgãos encontram-se estruturados como estipulado no Decreto-Lei nº 75/2008, de 22 de Abril e são compostos por Conselho Geral, Direção, Conselho Pedagógico e Conselho Administrativo, sendo que o Director exerce também a presidência dos Conselhos Pedagógico e Administrativo.

Tivemos acesso ao projeto educativo da escola, onde verificamos que estão definidas estratégias de promoção da saúde através da organização de atividades de enriquecimento curricular, sendo que umas das áreas referidas nesse mesmo projecto educativo é a educação sexual, consubstanciado no Projecto de Educação para a Saúde e Educação Sexual.

Este projecto procura cumprir o legislado que torna obrigatória a inclusão da Promoção e Educação para a Saúde (PES), como área de formação global do indivíduo, no Projecto Educativo da Escola.

Face ao regulamentado, a escola lecciona uma disciplina de educação sexual com uma carga horária mínima de 12 horas distribuídas ao longo do ano letivo “ (...) deverá ser distribuída de forma equilibrada ao longo do ano lectivo, incorporando um conjunto de con-

teúdos disciplinares de forma transversal, a constar no Projecto Curricular de Turma, elaborado no início do ano lectivo.” (PES-ESSL, 2010:13).

O projecto educativo clarifica que esta abordagem deve ser efectuada “ (...) parte da perspectiva de desenvolvimento da pessoa, na sua globalidade, no sentido em que a sexualidade é considerada uma força estruturante no processo de evolução individual.” (PES-ESSL, 2010:13).

Face às metodologias a utilizar estas devem assentar numa “ (...) abordagem feita de uma forma explícita, intencional e pedagogicamente estruturada e implementada de forma gradual e equilibrada, respeitando as orientações legais e atendendo às questões e aos anseios dos alunos, dos pais e encarregados de educação.” (PES-ESSL, 2010:13).

Em termos de desenvolvimento, a planificação do Projecto de Educação Sexual integra o Projecto Curricular de Turma logo é planeado, em Conselho de Turma em colaboração com o representante dos encarregados de educação e discutido com os alunos.

Relativamente aos procedimentos, o projecto educativo atribui a responsabilidade do Projecto de Educação para a Saúde e Educação Sexual ao professor responsável da disciplina de educação sexual em cada turma, sendo que este sugere “ (...) que haja uma interdisciplinaridade, aplicando-se o conceito de transversalidade que o tema encerra.” (PES-ESSL, 2010:14).

As estratégias a desenvolver para a consecução do projecto, o projecto educativo indica que “ (...) para minimizar os conflitos de conceitos, pela especificidade que os conteúdos apresentam, sejam dados pelo professor de Biologia do conselho de turma ou outro profissional convidado que tenha habilitações próprias para tal. No entanto, é importante que prevaleçam as situações de abordagem dos conteúdos em contexto de sala de aula.” (PES-ESSL, 2010:14).

2.1. Caracterização da população em estudo

A população da nossa intervenção comunitária foi constituída por 214 alunos, 99 rapazes (46,3%) e 115 raparigas (53,7%), cuja idade variou entre os 13 e os 20 anos.

Da nossa amostra, 77 jovens frequentavam o 7.º ano (37,6%) e 128 jovens o 10.º ano de escolaridade, correspondendo a 62,4% do total.

A idade média dos participantes do estudo é de 14, 7 anos e a sua mediana traduz o valor de 15 anos.

Na sua caracterização sociodemográfica os pais dos jovens são na sua maioria casados (cerca de 67,8%), admitindo cerca de 98,1% dos jovens viver com a família.

Relativamente à religião, a grande maioria dos jovens dizem ser católicos (78%), pe-se embora a maioria dos jovens (50%) se dizer não praticante em oposição a 38% que referem ser praticantes.

Tabela n.º1: N.º total de alunos por turma

7º ano		Turma A	22 alunos
		Turma B	21 alunos
		Turma C	9 alunos
		Turma D	24 alunos
10º ano	Curso de Ciências e Tecnologias	Turma A	28 alunos
		Turma C	24 alunos
	Curso de Ciências Socioeconómicas	Turma E	17 alunos
	Curso de Línguas e Humanidades	Turma F	22 alunos
	Curso de Artes Visuais	Turma H	21 alunos
	Curso Técnico de auxiliar de Saúde	Turma I	26 alunos
Total: 214 alunos			

Fonte: ESSL (dados tratamento próprio)

2.2 Diagnóstico de situação

Deste modo, e dando cumprimento às etapas definidas no processo de planeamento em saúde, a nossa intervenção teve início com a elaboração do diagnóstico, contando na sua construção com a colaboração dos colegas mestrandos, a professora orientadora e a direcção da escola secundária.

O diagnóstico realizado teve como finalidade determinar os conhecimentos, opiniões e atitudes dos jovens da Escola Secundária de S. Lourenço.

Com base na análise dos resultados foram identificadas problemas de saúde, passíveis de intervenção através de sessões de educação para a saúde.

Hoje em dia, é consensual que educação para a saúde dá aos jovens uma oportunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis capazes de lhes trazer benefícios ao longo de toda a sua vida (Hockenberry, 2006).

Face ao perfil destas intervenções, elas justificam-se no sentido de que e segundo Tavares (1990:37):

“(...) em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através de um processo de ensino/aprendizagem”.

Esta opinião é reforçada pelo conselho de Enfermagem (2009:2) quando fundamenta que “(...)s primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde (...) promoção da saúde para os jovens consiste em ensino e orientação para evitar actividades arriscadas e comportamentos prejudiciais à saúde”.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993), o diagnóstico de situação, pretende, no fundo, justificar as actividades desenvolvidas junto de um grupo/comunidade/população.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) “a primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito – a área de programação: trata-se de um facto indispensável para recolher a informação necessária para explicar ou analisar a situação.” Torna-se então necessário conhecer a realidade da população a estudar.

Cumprindo o previsto no desenho da intervenção, num primeiro momento foi realizada uma reunião exploratória com a direcção da Escola Secundária de S. Lourenço onde foi possível fazer o levantamento logístico e ao mesmo tempo conhecer as percepções de alguns dos professores face aos nossos objectivos de intervenção.

Neste sentido, importa realçar o papel de enorme importância que o enfermeiro deverá ter nestes processos, ao ser o profissional cujo perfil de competências melhor se enquadra no anteriormente referido, situação esta traduzida no parecer ao projecto de lei nº

634/X – 4ª, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas (Conselho de Enfermagem, 2009).

Assim, o processo de planeamento em saúde compreende, principalmente, a identificação dos problemas (actuais e futuros), as prioridades de intervenção para implementar soluções, determinar se estas estão dentro da capacidade de quem as planifica, identificar os factores que determinam o problema, definir as acções e os responsáveis pela sua implementação e definir os procedimentos de avaliação que permitem a monitorização das acções de forma a perceber se estas estão ou não a obter os resultados previstos. Assim, e de forma simples o processo consiste em procurar responder às perguntas, “o quê”, “por quê”, “como”, “quando”, “com quem” e “com o quê”.

Nas últimas décadas, a moral sexual e a apreciação ética dos comportamentos sofreram mutações apreciáveis.

Em diversas comunidades, tradicionalmente a igreja já desempenhava um papel de relevo no domínio dos comportamentos humanos mais íntimos incluindo os sexuais.

Todavia, apesar das mutações sociais verificadas, as estruturas religiosas têm mantido posições rígidas e inflexíveis que têm contribuído para o afastamento dos jovens.

Tal facto acentua uma maior responsabilidade das famílias e outras estruturas sociais na educação sexual e onde a escola e os profissionais da saúde deverão ser chamados a ter um papel activo, em cooperação com os principais educadores, os pais.

No entanto, a sociedade terá de resolver as questões suscitadas pela vivência sexual dos jovens e consequentes resultados, através de um debate serio, da formação e treino adequados dos profissionais da saúde, da prestação mais eficaz de cuidados e saúde (incluindo a educação) e da investigação.

Não se trata apenas de transmitir informação sexual ou de facultar métodos contraceptivos. O desafio é educar os jovens para fazerem as melhores escolhas (aquelas que melhor contribuem para o seu bem estar) e proporcionar-lhes os meios para as concretizarem. Os jovens precisam ser educados para tomarem decisões que os protejam e a compreenderem as consequências dos seus actos.

Estudar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade constitui um dos pontos-chave deste Diagnóstico de Situação, pelo que se torna importante referir que estas têm constituído um dos principais indicadores utilizados para avaliar o impacto de programas de educação sexual.

O estudo das atitudes face à sexualidade é importante porque as mesmas são uma predisposição para opinar, sentir e atuar face a objetos sexuais, situações, pessoas diferentes, normas ou costumes sociais e condutas sexuais. (López, 2009; Ribeiro *et al*, 2012).

Um dos objetivos gerais da educação sexual diz respeito à promoção das atitudes face à sexualidade que se consideram adequadas e à alteração daquelas que não se consideram saudáveis (López, 2009; Ribeiro *et al*, 2012).

A possibilidade de conhecer estas atitudes assume extrema importância na medida em que nos permitirá entender como os jovens se sentem com a sua sexualidade e as decisões que poderão tomar na vivência da mesma (Juhász, 1986; Ribeiro *et al*, 2012).

Partimos assim para as conclusões com a finalidade um perfil geral dos aspetos inerentes à sexualidade dos adolescentes em estudo, com especial destaque para a análise das atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

Face aos resultados obtidos, evidencia-se que a maioria dos jovens inquiridos na amostra são do sexo feminino (53,7%) sendo 46,3% do sexo masculino, a idade dos intervenientes varia entre os 13 e os 20 anos.

Este estudo procurou ainda identificar quais os principais canais de informação dos jovens sobre as questões acerca da sexualidade. Do levantamento desta questão, podemos concluir que os jovens a quem recorrem em primeiro lugar são os amigos (48,6%). A mãe é identificada em cerca de 19,6% das respostas como canal referencial destas questões, sendo que apenas 3,3% referem o pai.

Os pais surgem como apoio para cerca de 9,3%. Com valores muito inferiores surgem os irmãos (3,3%) e os professores com 2,8%.

Nesta questão sublinhe-se que cerca de 11,2% dos jovens não fala de sexualidade com ninguém, reforçando ainda o tabu destes assuntos na vida dos jovens.

Naturalmente, face à questão relativa à dificuldade de os jovens em conversar com os pais na sua grande maioria (70,6%), refere não ter dificuldade sendo que apenas 29,4 % assume que sim. Esta questão orienta-nos no sentido de que escolha dos jovens vai no sentido de usar com principal fonte de informação e partilha os seus pares.

À questão se os jovens inquiridos já tomaram a decisão de iniciar a sua vida sexual, os inquiridos na sua grande maioria (70,6%), responderam que não, sendo que apenas 29% afirmam que já decidiram começar a ter relações sexuais.

Já à pergunta relativa sobre qual o método contraceutivo que os inquiridos escolhem, na sua vida sexual 68,2 % referem que nenhum. Esta resposta infere para a necessidade de trabalhar de forma mais eficaz com os jovens matérias relativas à contraceção.

O preservativo surge como a escolha para cerca de 26,6% dos jovens. A pilula traz um valor residual de apenas 2,8% das respostas.

Na resposta à questão se tem amigos homossexuais, a maioria dos jovens (62,1%) respondeu de forma negativa (logo têm amigos apenas heterossexuais) e 37,9% afirmou que tem amigos que identifica com tendências homossexuais.

No questionamento aos jovens sobre a sua preocupação com o VIH (SIDA), na sua grande maioria (85%) afirmaram que sim que é uma questão que os preocupa, sendo que apenas 15% responderam que não se preocupam com esta questão.

Uma das questões centrais dos jovens é a sua relação com o seu corpo, naturalmente cerca de 71,4% dos jovens responderam de forma positiva à questão se a imagem corporal era uma preocupação sua.

Na resposta à questão sobre quem os jovens recorrem para abordar temas como a SIDA, imagem corporal e homossexualidade, cerca de 79,4% dos inquiridos referem serem os amigos a quem procurem em primeiro lugar para falar sobre estas temáticas, sendo que 41,6% dos participantes assumem recorrer aos colegas.

Nos tempos que correm a internet é fonte de informação cada vez mais importante para os jovens, sendo que cerca de 40,7% dos jovens procura esclarecer as suas dúvidas acerca destas questões através desta ferramenta.

Da população estudada apenas cerca de 10,3% refere o professor como apoio ao esclarecimento destas questões.

Refira-se ainda que os livros e as revistas são ainda uma escolha dos jovens com 14% e 15,9% respetivamente. Já o padre surge com um valor residual de 2,3%.

Relativamente à questão que procura avaliar com que frequência os inquiridos falam com a mãe sobre temas de sexualidade, podemos concluir que existem temas de muito difícil abordagem por parte dos jovens. Da análise, podemos concluir que existem temas que os inquiridos referem nunca falar designadamente: pornografia (79,4%) os sonhos molhados (77,6%), e a masturbação (74,8%).

Relativamente aos temas que os jovens também nunca falam com a mãe, surgem ainda com percentagens elevadas, a vida sexual dos adultos, (44,9%) a pílula (45,8%), a homossexualidade (43,0%) e o aborto com 42,5%.

As temáticas sobre a sexualidade que surgem como mais frequentemente abordadas pelos jovens com a mãe são: o namoro (31,3%), as mudanças corporais na adolescência, (36,0%) a SIDA (13,1%) outras doenças sexualmente transmissíveis (13,6%) e a gravidez (13,6%).

Os temas que os jovens referem como abordar sempre com a mãe destacam-se: período menstrual (22,9%), namoro (21,5%) e as mudanças corporais na adolescência (12,1%).

Quando comparadas as respostas relativas à frequência com que falam com a mãe e com pai sobre questões relacionadas com a sexualidade verifica-se uma sobreposição dos mesmos. Isto significa que não há diferenças significativas no que diz respeito às questões abordadas pelos jovens quer com as mães quer com os pais.

Emergem como assuntos nunca abordados pelos jovens com o pai a masturbação (83,6%), os sonhos molhados (82,2%), a pílula (82,2%), a pornografia (79,9%) e a vida sexual dos adultos (73,4%) e o aborto (73,4%).

Face aos temas mais frequentemente abordados com os pais surgem as mudanças corporais na adolescência (8,9%) e o namoro (13,6%).

Acentue-se que 7, 6 % dos jovens inquiridos refere falar sempre com o pai sobre namoro.

Face à questão se os jovens se consideravam bem informados relativamente às questões sobre a sexualidade, a maioria da população em estudo (76,6%) respondeu afirmativamente.

Apenas, cerca de 23,4% dos inquiridos referem que não estão bem informados relativamente a esta temática.

No estudo desenvolvido procurou-se ainda perceber como os jovens consideravam o papel dos pais na sua educação sexual.

Sobre esta questão 31,3% dos jovens considera que o papel dos pais é muitas vezes importante, 27,6% importante, e 21,0% muito importante.

Por seu lado 7,9% dos jovens assumem ser o papel dos pais pouco importante.

Quanto à importância do papel dos diferentes interlocutores na educação sexual dos jovens participantes do estudo, verifica-se que a escola, os pais e os amigos surgem como os mais relevantes. Já 21,0% dos jovens referem o papel dos amigos como muito importante, dos pais também com 21%, logo seguido da escola com 17,3%.

Outro dos interlocutores referidos como muito importante face ao seu papel na educação dos jovens surge a internet com cerca de 14,5% e os livros científicos com 7,0%. Menos referenciados em termos de importância surge a imprensa escrita (2,8%) e a igreja (1,9%).

Em relação à religião e a sua prática, os resultados obtidos revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das atitudes face à sexualidade entre os jovens que têm ou não religião e se são ou não praticantes.

Os resultados também evidenciaram que os jovens elegem os seus amigos para falar sobre temas de sexualidade, sendo que a internet surge também como um recurso muito utilizado.

Relativamente ao estudo da escala de atitudes liberal / conservador face à sexualidade conclui-se que:

- Quanto mais velhos, os jovens vão sendo menos conservadores;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, face a atitude liberal/conservador perante a sexualidade;

- Os jovens que se dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade. Esta questão parece ser influenciada pelo facto dos jovens seguirem, ou não, fielmente as normas religiosas.

Perante a conclusão de um dos princípios objetivos deste estudo a construção de um índice liberal /conservador este revelou que os jovens inquiridos são tendencialmente liberais com um valor de índice de 64,5%.

2.2.1. Problemas Identificados

Face à análise de diagnóstico realizado, identificamos os seguintes problemas:

- 11,2% dos jovens não fala de sexualidade com ninguém, reforçando ainda o tabu destes assuntos na vida dos jovens.
- 68,2 % dos inquiridos (que já iniciaram a sua vida sexual) referem que não utilizam qualquer método contraceptivo
- Dificuldades por parte dos jovens em abordarem as questões da sexualidade com os seus pais
- Os principais canais de informação dos jovens sobre as questões acerca da sexualidade são os amigos (48,6% dos inquiridos).
- A enorme dificuldade dos jovens em abordarem temas da sexualidade como, masturbação, pilula, sonhos molhados, homossexualidade e aborto
- A grande importância atribuída pelos jovens a internet como fonte de informação sobre as questões da sexualidade
- Os jovens em termos gerais consideram-se bem informados sobre as temáticas da sexualidade.

Neste levantamento, podemos assim concluir que em termos gerais os jovens se avaliam bem informados sobre as questões da sexualidade, e ao mesmo tempo serem os seus amigos a sua principal fonte de informação (a par da internet), traduz o reforço do que foi evidenciado no enquadramento teórico, e na importância de os processos de educação para a saúde dos jovens, terem alguma preocupação em procurar juntamente com os jovens, de evidenciar a importância da qualidade das fontes de informação.

2.2.2 Necessidades identificadas

As denominadas necessidades de saúde não se restringem aos processos biológicos, e nem sequer podem ser consideradas apenas na perspectiva individual, sendo que muitas destas são determinadas e construídas socialmente, traduzindo assim uma relação dialéctica entre o indivíduo e a sociedade.

Imperatori (1982:16), refere que “ as necessidades de saúde podem ser reais (identificadas pelo investigador) ou sentidas, que podem ou não ser expressas pelos indivíduos e /ou comunidades analisadas.

Com base nestes pressupostos foram identificadas as seguintes necessidades:

- Referenciar a importância da qualidade das fontes de informação sobre sexualidade;
- Esclarecer algumas questões relativas aos meios contraceptivos, à gravidez e IST;
- Esclarecer sobre as mudanças corporais, e as transformações sofridas nesta nova fase da vida dos jovens;
- Reforçar a importância do papel dos pais e na boa comunicação com estes;
- Desmitificar alguns dos temas ainda considerados tabus pelos jovens;
- Abordar as matérias sobre sexualidade com alguma informalidade, pois muitos dos jovens ainda revelam não falar destes assuntos com ninguém.

2.3 Definição de Prioridades

Nesta fase do processo, e após a conclusão do diagnóstico avançámos para a intervenção comunitária propriamente dita. Este momento aborda a segunda etapa do processo de planeamento em saúde, que corresponde à Definição de Prioridades, e, é, essencialmente, um processo de tomada de decisão.

Deste modo, e após a identificação dos problemas e a determinação das necessidades face ao diagnóstico realizado, reuniu-se com a coordenação do mestrado de forma a decidir quais as áreas prioritárias onde deveríamos intervir.

Com base no enquadramento teórico e tendo em conta o perfil dos problemas identificados considerou-se ser a metodologia de formação direccionada em sala de aula a mais correcta.

Pese embora a existência de uma extensa bibliografia de apoio a definição de prioridades o grupo de trabalho considerou ainda que face a possibilidade de intervir de forma integrada sobre os problemas identificados, não seria necessário proceder-se à determina-

ção de prioridades, logo todos os problemas identificados seriam abordados nas sessões de educação para a saúde.

No entanto, é nosso parecer, que a abordagem ao processo saúde-doença é complexa e muitas vezes é difícil de ser quantificada.

Não obstante, é hoje consensual ao nível da investigação em saúde, que os investimentos em saúde frequentemente apresentam elevados níveis de retorno, face à comparação com outros investimentos públicos.

2.4 Fixação de objectivos

A etapa seguinte do processo de planeamento – a Fixação de Objetivos – assume extrema importância.

Os objetivos constituem a finalidade do trabalho que pretendemos efectuar, ou seja, a meta que se pretendemos atingir. São eles que nos indicam o que realmente se pretende fazer, logo os mesmos deverão ser claros, de forma, as nos orientarem quanto aos aspectos metodológicos da nossa intervenção.

Deste modo definimos como **objectivo geral**:

- Contribuir para a capacitação dos jovens do 8.º e 11.º ano da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre no âmbito de uma sexualidade saudável e responsável, através de sessões de educação para a saúde, até final Março de 2013

Objectivos específicos:

- Conhecer as atitudes dos jovens face à sexualidade até ao final de Março de 2013;
- Levantar os conhecimentos dos jovens sobre os comportamentos de risco e medidas preventivas relativas à vivência sexual até ao final de Março de 2013;
- Analisar os dados recolhidos como forma de suporte às intervenções a realizar até final de Março de 2013;
- Estruturar as acções a desenvolver, com base nas necessidades identificadas junto dos jovens até final de Março de 2013;
- Implementar as acções previstas de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação sexual, até ao final de Maio de 2013;
- Avaliar a satisfação dos jovens relativamente às acções de educação para a saúde desenvolvidas, até ao final de Maio de 2013.

Indicadores de medida:

Um indicador pode definir-se como a medida de um objectivo que se pretende atingir, de um recurso mobilizado, de um efeito obtido, de um elemento de qualidade, de uma variável de contexto (CE,1999).

Um indicador é, acima de tudo, um instrumento que nos dá informação relativa à intervenção proposta e que nos permite medir o desempenho da mesma.

A definição de indicadores deve ser feita de modo que os resultados alcançados traduzem, efectivamente, a intervenção a realizar, sendo que as características por estes avaliadas podem tanto ser de natureza mensurável, como podem ser de natureza subjectiva como, por exemplo, satisfação dos intervenientes na acção, (McGlynn, 2003).

Estes devem então cumprir determinados requisitos que estão traduzidos na tabela seguinte:

Tabela n.º 2: Requisitos dos indicadores do modelo

Requisitos dos indicadores do modelo	
Relevância	Cientificamente aceitáveis
<ul style="list-style-type: none">• Relacionados com os objectivos• Informação utilizável	Especificações precisas: <ul style="list-style-type: none">• Fiabilidade• Validade• Adaptabilidade• Necessidade e adequação do ajustamento pelo risco (quando aplicável)
Utilidade	Exequibilidade
<ul style="list-style-type: none">• Para a decisão• Para a avaliação e comparação• Consistência	

Fonte: Adaptado de McGlynn (2003).

Já as medições quantificáveis que evidenciam, os fatores críticos de sucesso de um projecto ou intervenção, sendo que estes devem refletir os objetivos da e serem mensuráveis, (McGlynn ,2003), são indicadores de realização ou processo.

Deste modo definimos como indicador de realização ou processo:

- N.º de sessões efectuadas/n.º de sessões programadas

A avaliação dos resultados torna-se fundamental, para se perceber a concretização ou não dos objectivos definidos para a intervenção. Indicadores de resultados retratam o que foi obtido através da nossa intervenção.

Como indicadores de actividade, definimos:

- Pelo menos 85% dos jovens alvo das sessões de educação para a saúde respondam aos questionários de avaliação da satisfação;
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto à utilidade dos temas abordados nas sessões;
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto à forma como os temas foram abordados nas sessões;
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto ao esclarecimento de dúvidas;
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos com as sessões efectuadas.

O estado da arte, aponta a necessidade de se construírem indicadores de impacto para medir a e efetividade de projetos de intervenção comunitária. A avaliação do impacto faz a verificação das alterações que a implementação da formação realmente trouxe aos que nela participaram.

Trata-se, essencialmente, de apurar o impacto da aprendizagem na valorização profissional e humana, é assim, e segundo Kirpatrick (1998) o processo que possibilita a monitorização sistemática de determinada intervenção formativa, recorrendo para o efeito a padrões de qualidade de referência explícitos ou implícitos, com vista à produção de juízos de valor que suportem a eventual tomada de decisões.

Em geral, face ao perfil destas intervenções são de difícil mensuração, pois estes são medidos a médio e longo prazo.

Deste modo, dado o tempo de intervenção que disponhamos, a definição de indicadores de impacto não foi considerada.

2.4 Selecção de estratégias

Por estratégia entende-se ser um conjunto de decisões coerentes e integradas que determina a concretização dos objectivos definidos, sendo assim a principal ligação entre os objectivos e as acções que se pretendem concretizar.

Isto é “ (...) compreende a escolha dos meios e articulação de recursos para atingir os objectivos” (Hofer & Schendel, 1978: 13).

A forma como as estratégias são delineadas e executadas não é um processo igual em todas as organizações, resultando antes de uma combinação de características e condições tais como: o meio onde vamos intervir, a dimensão da intervenção, os recursos humanos e financeiros que dispomos.

Neste sentido, para o nosso trabalho seleccionamos as seguintes estratégias:

- **Reuniões de trabalho entre os elementos do grupo de mestrandos**

Estas reuniões realizaram-se semanalmente, eram nestes momentos que o grupo de trabalho acordava o plano de trabalho a desenvolver e se monitorizava o cronograma de intervenção.

- **Levantamento bibliográfico e análise documental para apoio aos temas a tratar nas sessões de educação para a saúde.**

Este processo assente na revisão sistemática da literatura, permitiu ao grupo de trabalho, e com base nas orientações existentes face aos temas a abordar mestrandos nas sessões de educação para a saúde.

- **Manter a divisão dos alunos do 8.º ano e do 11.º ano por turmas de forma a ter-se grupos mais pequenos.**

Com esta estratégia foi objectivo do grupo de trabalho conseguir ganhos de eficiência e eficácia, perante os que se pretendia atingir de conseguir abordar os assuntos o mais próximo possível dos jovens

- **Procurar o envolvimento dos professores e directores de turma da ESSL, por forma, a existir uma maior articulação entre os mestrandos e estes.**

Com esta estratégia, procuramos criar pontes entre os mestrandos, a escola e a ESSP, de forma a traduzir na prática a importância de promover parcerias entre os diferentes *stakeholders* na área da educação para a saúde.

- **Centrar o enfoque no processo preventivo através da realização de sessões de educação para a saúde, (sendo aqui esta estratégia entendida como o definido no enquadramento teórico).**

Foi intenção desta estratégia, envolver os jovens neste processo, indo de encontro aos problemas identificados e as orientações do PNSE (2006,2014), pois é através da capacitação dos jovens, estes poderão assim, influenciar positivamente os seus níveis de saúde.

A planificação das sessões teve por base a Teoria Cognitivo-Social de Bandura, visto que era nosso objectivo alterar ou modificar comportamentos considerados não responsáveis.

2.6 Elaboração de projetos e programas

Concretizados a fixação dos objetivos e a seleção de estratégias, avançamos para a etapa seguinte do planeamento em saúde: a elaboração de um projeto de estágio.

Num primeiro momento tinha sido elaborado um projecto de estágio comum aos elementos de projecto de intervenção comunitária.

A partir deste mesmo projecto, foi elaborado o projecto individual de estágio (PIE) de forma a orientar o nosso percurso durante a intervenção comunitária prevista. No PIE, foram expressos os nossos objectivos individuais, competências a desenvolver durante o estágio e indicadores de avaliação.

2.7 Preparação da execução

No seguimento das estratégias definidas passamos à fase seguinte que correspondeu à preparação da execução da intervenção comunitária.

Cumprindo o definido por Imperatori & Giraldes (1993:149), nesta fase do planeamento em saúde devemos “especificar quando, onde e como as actividades que fazem do projecto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar”.

Deste modo, procedemos à elaboração de um cronograma das actividades a realizar no âmbito do projecto onde foram definidas as diferentes etapas do nosso projecto e quando as mesmas se realizariam. Esta ferramenta permitiu-nos uma melhor organização do tempo disponível para a intervenção.

Foram realizadas reuniões entre os alunos de Mestrado e os professores da direcção com o objectivo de clarificar alguns dos temas a tratar e ao mesmo tempo, cruzar com os temas discutidos nas aulas de educação para a saúde previstas no projecto educativo.

No momento seguinte, procedemos à análise do diagnóstico de forma a decidir qual o tipo de intervenção mais adequada para dar resposta às necessidades identificadas, de

forma a identificar quais as intervenções e temas de educação para a saúde seriam possíveis e adaptáveis ao nosso caso.

Na fase seguinte, procedemos ao planeamento e preparação das sessões de educação para a saúde. Tal como definido no enquadramento teórico, procuramos que as sessões cumprissem o suporte teórico preposto pela Teoria de aprendizagem social ou teoria cognitiva de Bandura.

Com a sua teoria, Bandura demonstrou que a aprendizagem por observação permite a aquisição de regras e conceitos, ao mesmo, tempo que os seus padrões de comportamento poderão variar de acordo com os seus modelos.

Face a esta assunção dos modelos (“modelagem”) Bandura, menciona ainda que os principais modelos que as crianças têm são os seus pais e os professores (Azevedo, 1997).

Assim, podemos inferir que os educadores são um importante agente social na construção do sujeito e na construção da aprendizagem, visto que servem de modelo para os jovens que através de processos cognitivos são capazes de integrar e imitar comportamentos que consideram como experiências positivas.

Aqui, o nosso papel como enfermeiros, poderá ser preponderante como agentes de mudança e influenciadores de um bom estado de saúde individual, através da capacitação dos jovens, na perspectiva em que Bandura afirma que “ as pessoas devem desenvolver suas capacidades ao longo da sua vida e que estes devem continuar a aperfeiçoar a suas novas competências para assim ultrapassar as mudanças e processos adaptativos ao longo das suas etapas da vida “ (Bandura, 1986:20)

Procuramos ainda ter em conta o perfil dos jovens e o contexto espacial onde as sessões seriam realizadas, a sala de aula.

Foi por nós elaborado um plano de sessão (PS) para o 8.º ano e um plano de sessão para o 10.º ano . O PS é uma ferramenta que nos apoia no processo formativo, e que se traduz na definição lógica, coerente, progressiva e estruturada das acções e conteúdos formativos, orientada para objectivos que se pretendem atingir.

A Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto Artigo 2.º (2009:5097) traduz as finalidades da educação sexual em meio escolar, designadamente:

- “a) A valorização da sexualidade e afectividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa;
- b) O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- c) A melhoria dos relacionamentos afectivo –sexuais dos jovens;
- d) A redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infecções sexualmente transmissíveis;
- e) A capacidade de protecção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais;
- f) O respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais;
- g) A valorização de uma sexualidade responsável e informada;
- h) A promoção da igualdade entre os sexos;
- i) O reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde;

- j) A compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos;
- l) A eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual.”

Concomitantemente, o Ministério da Educação conjuntamente com o Ministério da Saúde propõem como linhas orientadoras para o ensino da Educação Sexual ao nível do 2.º e 3.º ciclos, o aumento e consolidação de conhecimentos acerca:

“das dimensões anátomo-fisiológica, psico-afectiva e sociocultural da expressão da sexualidade; do corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos; das regras de higiene corporal; da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das diferenças individuais; dos mecanismos da reprodução; do planeamento familiar e, em particular, dos métodos contraceptivos; das infeções de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento; dos mecanismos da resposta sexual humana; das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando e encaram a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre os sexos; dos recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva; dos tipos de abusos sexual e das estratégias dos agressores” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000: 78-79).

Com base nestas orientações e nos temas que emergiram do respectivo diagnóstico de situação, enquadrando-os naquilo que está preconizado ser abordado nos diferentes níveis de ensino, relativamente ao 8.º ano, Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) propõem que, ao nível do 3.º ciclo, sejam abordados os temas das modificações do corpo, da noção de sexualidade, as relações interpessoais adolescente / grupo de pares, a orientação sexual (expressões de sexualidade), as relações interpessoais adolescente / família, os papéis sexuais, as novas capacidades reprodutivas, a resposta sexual humana, a contraceção, as IST e os abusos sexuais.

Face às temáticas que devem ser abordadas e os conhecimentos a consolidar ao nível do ensino secundário, o Ministério da Educação conjuntamente com o Ministério da Saúde preconizam como linhas orientadoras:

“das dimensões anátomo-fisiológicas, psico-afectiva e sociocultural da expressão da o corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos; das noções de higiene corporal; da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das diferenças individuais; dos mecanismos de reprodução; do planeamento familiar e, em particular, dos métodos contraceptivos; das doenças de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento; dos mecanismos da resposta sexual humana; das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando e encaram a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre os sexos; dos recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva; dos tipos de abuso sexual e das estratégias dos agressores” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000: 91).

Como apoio, seguimos ainda as orientações Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) relativas às temáticas a serem abordadas relativamente aos alunos do ensino secundário designadamente: a noção de sexualidade e desenvolvimento psicosssexual, a beleza e moda, as expressões da sexualidade, as relações interpessoais em termos da relação de casal, a sexualidade e a lei, a gravidez e o parto, a contraceção, a Sida e a exploração sexual.

Cruzando estas orientações com o diagnóstico de necessidades efectuado, com os alunos do 11.º ano abordamos os seguintes temas:

- A sexualidade como uma expressão fundamental da vida;

- As diferentes dimensões da sexualidade;
- As diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação;
- Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida;
- Identidade e orientação sexual de cada indivíduo;
- Os diferentes comportamentos associados à sexualidade: carícias, beijos, masturbação, etc.;
- O direito à abstinência ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável;
- As diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos;
- A importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas.

No final desta etapa procedemos à elaboração do questionário de avaliação da satisfação relativamente às sessões de educação para a saúde a realizar (anexo).

Relativamente aos recursos necessários para a execução das intervenções previstas, foram os seguintes:

Recursos humanos:

- Alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professora da ESSP responsável pelo Estágio;
- Direção e Professores da ESSL;
- Jovens do 8.º e 11.º ano EESL;

Recursos materiais:

- Salas de aula da ESSL;
- Computador e projetor multimédia;
- Reprografia da ESSP, onde foram fotocopiados os questionários de avaliação.

Foram realizadas reuniões de trabalho (Novembro de Dezembro) entre o grupo de trabalho dos mestrandos a coordenação do mestrado, com o objetivo de consensualizar as estratégias e as actividades a desenvolver. Nestas mesmas reuniões validamos os conteúdos a apresentar nas sessões de educação para a saúde

2.8 Sessões realizadas

Todas as sessões tiveram início com a apresentação dos técnicos de saúde responsáveis pela sessão.

No seguimento, foram apresentados os objectivos da sessão, e de forma breve foi efectuado um resumo dos resultados do diagnóstico anteriormente efectuado.

Foi solicitada uma breve apresentação dos alunos e que os mesmos durante a apresentação referissem quais as suas expectativas relativamente à sessão.

Nas sessões dos alunos do 8.º ano iniciámos as apresentações propondo ao grupo a definição do conceito sexualidade, por forma, a que o grupo por si só, conseguisse compreender o conceito teórico.

Procurou-se ainda a complementaridade do conceito através da definição de um conceito também muito importante como a auto-estima, reforçando a ideia de só se pode gostar do outro quando se gosta de si mesmo.

Depois de termos percebido que era claro para todos os participantes os conceitos em discussão, avançou-se na abordagem do papel do género na sexualidade e as suas diferenças e complementaridades.

Neste momento foi apresentado o conceito de puberdade e as diferentes alterações ao nível do corpo dos rapazes e das raparigas.

Outra das temáticas tratadas foi a identidade de género, contrapondo com a identidade sexual, onde foram abordadas as questões relativas ao papel social dos homens e das mulheres.

Para finalizar e consolidar a sessão foi efectuada uma síntese de todos os aspectos abordados e deixando ao grupo a possibilidade de esclarecimento de questões relativas ao tema, questões estas que foram respondidas em sala pelos formadores.

Questionados sobre como tinham vivenciado a sessão, os jovens afirmaram a importância dos temas, e pese embora, alguns deles sejam já tratados no âmbito dos programas de educação para a saúde, a forma como os mesmos tinham sido apresentados tinha contribuído para uma melhor consolidação dos conhecimentos acerca da sexualidade.

No final das sessões foi passado um questionário de avaliação da formação, anónimo e de resposta facultativa.

Relativamente aos alunos do 11.º ano, após as apresentações iniciais tal como previsto no respectivo plano de sessão, iniciamos a abordagem dos temas através da definição do conceito de sexualidade.

As diferentes turmas abordaram e discutiram sempre esta questão de forma muito participativa, sendo que no final deste tópico se consensualizou a definição do conceito.

Foram também explicadas as diferentes dimensões da sexualidade, traduzidas estas numa abordagem ao longo da vida.

As questões da identidade e orientação sexual foram aprofundadas através das diversas teorias explicativas nomeadamente: os aspectos biológicos, os aspectos da identidade de género e os aspectos de orientação sexual.

Procuramos dar a conhecer os diferentes comportamentos associados à sexualidade e os determinantes sociais desses mesmos comportamentos.

Expusemos as premissas associadas a uma sexualidade responsável, e a importância do sexo seguro face a prevenção das ISTs.

Foi reforçado a importância do papel da família, como núcleo que satisfaz as necessidades afectivas básicas.

No final das sessões foi também passado um questionário de avaliação da formação, anónimo e de resposta facultativa.

Relativamente aos apoios pedagógicos utilizados nas sessões, utilizamos o recurso ao *power point* porque nos permitiu abordagens mais criativas logo mais próximas do público-alvo, estrategicamente, cruzamos estas com a utilização de métodos activos na apresentação e discussão dos temas.

2.9 Avaliação

A metodologia de planeamento em saúde, espinha dorsal do nosso trabalho, termina com a avaliação, definida esta por (Imperatori & Giraldes, 1993: 174) como o processo para “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos”.

Ao realizar-se uma avaliação temos por objectivo proceder a uma análise, tão sistemática e objectiva quanto possível, sobre o nosso projecto ou intervenção.

A finalidade é o de determinar a relevância e cumprimento dos objectivos propostos, bem como a eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade da própria intervenção. A avaliação deve “proporcionar informação credível e útil, capaz de incorporar processos de aprendizagem que apoiem os sistemas de tomada de decisão” (*Project Cycle Management*, 2004: 46.)

A avaliação constitui uma componente que deve ser considerada em qualquer intervenção, assumindo um papel central na compreensão da própria intervenção ao nível de cada acção, permitindo recolher, sistematizar e analisar informação sobre, o modo, como o que se planeou está a ser executado e se estão a ser atingidos os resultados esperados.

Avaliar os níveis de satisfação dos participantes na acção é uma tarefa crucial para perceber o sucesso do trabalho desenvolvido, visto ser coerente conceber a insatisfação como um indicador de resultados menos favoráveis.

Sendo a avaliação essencial para garantir a eficiência e eficácia das intervenções, no nosso trabalho, a mesma centrar-se-á ao nível da avaliação *ex-post*, traduzida esta, como a avaliação feita no final da intervenção. Esta é particularmente indicada para produção de informação sobre os resultados das intervenções em termos da sua eficácia (que implica o grau de cumprimento dos objectivos previstos, num determinado período, independente-

mente dos custos implicados) e eficiência (situada ao nível da rentabilização dos recursos e na obtenção dos resultados).

A medição da avaliação deverá ser realista e precisa, sendo para o efeito utilizado um inquérito por questionário para avaliação da satisfação face às actividades desenvolvidas, tendo na sua base uma escala de *likert* com uma pontuação do mais negativo para o mais positivo, designadamente: muito insatisfeito, insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito.

Assim, no final das nossas intervenções, todos os participantes avaliaram as mesmas de forma anónima.

Segue-se a análise factorial, procurando-se o estudo da dimensionalidade dos determinantes da satisfação dos participantes nas acções.

Os dados obtidos foram alvo de tratamento estatístico por meio do programa SPSS, versão 11.0.

Tal como evidenciado na tabela n.º 1 as duas intervenções envolveram um total de 205 jovens, dos quais 118 (57,6%) são do género feminino e 87 (42,4%) do género masculino.

Tabela n.º 3: Frequência e percentagem de jovens participantes segundo o género

Género		
	Frequência (nº)	Percentagem (%)
Masculino	87	42,4
Feminino	118	57,6
Total	205	100,0

Face à análise do nível de escolaridade dos participantes, 128 (que correspondem a 62,4%) frequentavam o 11.º ano de escolaridade e 77 alunos (que se traduzem em 37,6% do valor total) frequentavam o 8.º ano de escolaridade.

Tabela n.º 4: Nível de escolaridade dos jovens participantes

Nível de escolaridade		
	Frequência (n.º)	Percentagem (%)
8.º Ano	77	37,6
11.º Ano	128	62,4
Total	205	100,0

A classe etária variou entre os 13 anos e os 20 anos, sendo predominante a dos 16 anos (39,0%), resultado indicador de uma ligeira supremacia do número de alunos do 11.º ano. Com um valor de 27,8%, temos os alunos com 13 anos e os de 17 anos com 13,7%.

Tabela n.º 5: Idade dos jovens participantes (frequência e percentagem)

Idade		
	Frequência (n.º)	Percentagem (%)
13	57	27,8
14	15	7,3
15	4	2,0
16	80	39,0
17	28	13,7
18	16	7,8
19	4	2,0
20	1	,5
Total	205	100,0

Ao avaliar-se a variável “forma como te sentiste durante a sessão” (tabela n.º3) verificou-se que 56,6% se disseram “satisfeitos” e 38,05% se avaliaram como “muito satisfeitos”. Globalmente a avaliação deste critério foi positiva com um valor de 94,6%.

Tabela n.º 6: Forma como te sentiste durante a sessão (frequência e percentagem)

Variável	Medição	Frequência (Total=205)	Percentagem (Total=100%)
Forma como te sentiste durante a sessão	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	11	5,4
	Satisfeito	116	56,6
	Muito satisfeito	78	38,0

Relativamente à variável “simpatia e disponibilidade dos técnicos” (tabela n.º 4), verificamos que 161 dos participantes (78%) se avaliaram como “muito satisfeitos” e 43 (21,0%) de disseram “satisfeitos”. Globalmente este indicador teve uma avaliação positiva de 99,5%.

Tabela n.º 7: Simpatia e disponibilidade dos técnicos (frequência e percentagem)

Variável	Medição	Frequência (Total=205)	Percentagem (Total=100%)
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	1	0,5
	Satisfeito	43	21,0
	Muito satisfeito	161	78,5

Para a variável “competência e profissionalismo dos técnicos”, (tabela n.º 5) verificamos que 149 dos jovens participantes (72,7%) se disseram muito satisfeitos e 35 (25,9%)

se avaliaram como satisfeitos. Este indicador foi assim avaliado de forma positiva por 98,5% dos participantes.

Tabela n.º 8: Competência e profissionalismo dos técnicos (frequência e percentagem)

Variável	Medição	Frequência (Total=205)	Percentagem (Total=100%)
Competência e profissionalismo dos técnicos	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	3	1,5
	Satisfeito	53	25,9
	Muito satisfeito	149	72,7

Quando inquiridos face à “utilidade dos temas abordados”, (tabela n.º 6) a maioria dos adolescentes considera-se muito satisfeito (59,5%) e satisfeito (37,6%), havendo apenas 2,9% que assinalaram a opção pouco satisfeito. Globalmente este indicador teve uma avaliação positiva de 97,1%.

Tabela n.º 9: Utilidade dos temas abordados (frequência e percentagem)

Variável	Medição	Frequência (Total=205)	Percentagem (Total=100%)
Utilidade dos temas abordados	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	6	2,9
	Satisfeito	77	37,6
	Muito satisfeito	122	59,5

No que diz respeito à “forma como os temas foram abordados” (tabela n.º 6), 54,6 % dos jovens participantes na acção responderam estar “muito satisfeitos” e 41,5% “satisfeitos”.

tos”, e somente 3,4% se avaliaram “pouco satisfeitos”. Este indicador teve uma avaliação positiva de 96,1%.

Tabela n.º 10: Forma como os temas foram abordados (frequência e percentagem)

Variável	Medição	Frequência (Total=205)	Percentagem (Total=100%)
Forma como os temas foram abordados	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	1	0,5
	Pouco satisfeito	7	3,4
	Satisfeito	85	41,5
	Muito satisfeito	112	54,6

Relativamente ao critério “esclarecimento de dúvidas” (tabela nº 8), 54,6% responderam estar “muito satisfeitos” e 41, 5% “satisfeitos”. Para a escala “pouco satisfeito” verificou-se um valor residual de 3,4%, terminando a avaliação deste indicador com um valor positivo de 96,1%.

Tabela n.º 11: Esclarecimento de dúvidas (frequência e percentagem)

Variável	Medição	Frequência (Total=205)	Percentagem (Total=100%)
Esclarecimento de dúvidas	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	1	0,5
	Pouco satisfeito	7	3,4
	Satisfeito	85	41,5
	Muito satisfeito	112	54,6

Sobre a variável se a sessão correspondeu às tuas expectativas, verificamos que 46,8 % dos jovens se avaliaram como satisfeito e 45,9 % como muito satisfeito, e apenas

7,3% como pouco satisfeito. Em termos globais esta variável teve uma avaliação positiva de 92,7%.

Tabela n.º 12: A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais? (frequência e percentagem)

Variável	Medição	Frequência (Total=205)	Percentagem (Total=100%)
A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	15	7,3
	Satisfeito	96	46,8
	Muito satisfeito	94	45,9

Para finalizar a avaliação realizada, verificamos que relativamente ao grau de satisfação geral face à acção, 60, 5% dos jovens se disseram muito satisfeitos e 37,6% satisfeitos. Esta variável assume uma avaliação positiva de 98,1%.

Tabela n.º 13: Grau Satisfação em geral (frequência e percentagem)

Variável	Medição	Frequência (Total=205)	Percentagem (Total=100%)
Grau Satisfação em geral	Muito insatisfeito	0	0
	Insatisfeito	0	0
	Pouco satisfeito	4	2,0
	Satisfeito	77	37,6
	Muito satisfeito	124	60,5

Assim, neste nosso trabalho e na fase de diagnóstico, procuramos conhecer as necessidades formativas da população em estudo face aos objectivos da intervenção, informação esta que nos permitisse tomarmos decisões face aos fenómenos avaliados, de forma a

providenciarmos as acções necessárias e mais adequadas ao processo de educação para a saúde.

No entanto, relativamente ao processo de avaliação das intervenções, na nossa opinião é importante não esquecer que esta se caracteriza por ser um processo complexo, face à diversidade dos avaliadores, (por exemplo neste nosso trabalho o intervalo do grupo etário variou entre os 13 e os 20 anos) e ao mesmo tempo também se pretende que esta avaliação tenha tanto impacto nos jovens alvo da intervenção como em nós como investigadores.

3. DISCUSSÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Comunitária, elaboramos este relatório baseado no estágio realizado.

O estágio teve como objetivo complementar a formação teórica com o desenvolvimento e concretização de uma intervenção na comunidade, reforçando a importância da prática reflexiva em contexto de trabalho e o reforço das competências definidas no âmbito do enfermeiro especialista e mestre em saúde comunitária.

Este trabalho resultou assim, de uma constante integração entre os saberes transmitidos na sala de aula e no espaço de intervenção comunitária, sendo que o *corpus* da intervenção do enfermeiro, é a enfermagem, profissão esta “ (...) que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) e aos grupos sociais em que ele está integrado, (...) ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE, 1996, artigo 4.º- Conceitos)

Naturalmente, a enfermagem é uma ciência, orientada para a prática profissional. De acordo com os seus próprios processos de reflexão, de conceptualização e pesquisa, a enfermagem tem por fim desenvolver conhecimentos que servirão para definir e guiar a prática (Kérrouac, 1996).

Nas últimas décadas, temos vindo a assistir uma imensa evolução ao nível do ensino e prática da enfermagem, através quer de novos planos curriculares quer pedagógicos, do que tem resultado a prestação de mais e melhores cuidados pelos profissionais de enfermagem.

Pese embora esta evidência, não devemos deixar de ter no nosso horizonte a evolução e melhoria dos cuidados, com base na aquisição e reforço das competências que sejam identificadas como necessárias ao desenvolvimento profissional e pessoal.

Efectivamente os momentos formativos não implicam “ (...) apenas a aquisição de conhecimentos ou de técnicas implicam também, um desenvolvimento pessoal que passa pela adaptabilidade, flexibilidade, autonomia, que esteja desperto para aprender a aprender” (Costa, 2011:18).

Objectivamente, um dos referenciais que esteve sempre presente ao longo deste nosso percurso formativo foi o conceito de enfermeiro especialista, definido pela OE “enfermeiro especialista é aquele com um conhecimento aprofundado num domínio específico de

enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, (...), traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2011:8648).

Conjuntamente com as competências acima referidas, outro dos nossos referenciais, foram as competências definidas para o grau de mestre, descritas no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março são: a) Possuir conhecimento e capacidades mais aprofundadas que no 1º ciclo; b) Saber aplicar o conhecimento a situações novas; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e incluir as reflexões éticas e deontológicas da profissão; d) Ser capaz de transmitir as conclusões e raciocínios; e) Aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado ou autónomo.

Assim, o grande desafio que se nos colocou desde o início do nosso percurso formativo, foi precisamente a construção de um conhecimento resultante de uma parceria entre a teoria, a prática e as pessoas, através das suas experiências e vivências de saúde, que se realizam em compromissos profissionais, científicos, pessoais e éticos (Watson, 2002).

Subjacente à elaboração do nosso relatório, esteve sempre na sua base, uma preocupação em traduzir na nossa intervenção comunitária uma reflexão metódica e contínua, suportada pela teoria e tendo por base os processos a desenvolver no campo de estágio e definidos no nosso projecto individual.

Esta reflexão procurou fortalecer o nosso processo de construção dos conhecimentos e desenvolvimento das nossas aptidões pessoais e profissionais, sabendo-se que, neste contexto formativo, é essencial que o enfermeiro desenvolva várias competências, com o objectivo de melhorar ao nível do seu papel como enfermeiro.

Neste sentido, definimos competência “(...) como um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base, à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta” (Lopes & Nunes, 1995: 10).

Este conceito é complementado por Esteves (2009:44), quando refere que “ (...) os conhecimentos, as capacidades, os saberes-fazer, as habilidades ou *skills*, as motivações, ainda que sendo elementos constitutivos das competências efectivas, não se confundem com estas, por faltar a situação contextualizada onde a sua mobilização em rede seja de facto feita”

Contudo, Le Boterf (2005), que sustentado na ideia comum de que a competência resulta da capacidade de “aplicação dos saberes teóricos e práticos” conjuntamente com os traços de personalidade do individuo, declara que esta não pode resultar de uma soma desses elementos, mas sim numa combinação em que cada elemento se modifica na relação com os outros, sendo pois, um processo que combina recursos.

Nesta linha de pensamento encontramos Cavaco (2007:23), que afirma que “a competência é referente à capacidade de mobilizar, num determinado contexto, um conjunto de saberes, situados ao nível do saber, saber-fazer e saber-ser, na resolução de problemas.

A competência não existe per se, está ligada a uma acção concreta e associada a um contexto específico”.

Efectivamente o que procuramos ao longo deste nosso percurso, foi ser mais competentes, reforçar as nossas capacidades de integração dos conhecimentos adquiridos durante a formação teórica e consubstancia-los na prática em contexto de trabalho.

No âmbito da enfermagem comunitária um dos papeis do enfermeiro é o de “educador “ papel este, que se traduz nos processos de capacitação dos cidadãos através da educação para a saúde, com a finalidade c que estes possam melhorar os seus níveis de saúde logo, concordamos com Alarcão (1996:19) que afirma que a competência profissional “implica um conhecimento situado na acção, holístico, criativo, pessoal, construído, um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade do profissional para apreciar o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem”.

No estágio aplicamos como ferramenta de apoio, a metodologia de planeamento em saúde como matriz da nosso projecto de intervenção comunitária, intervenção esta consubstanciada nas considerações de Tavares (1990:37) que o define como “em última análise, a procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações”.

A nossa população alvo foram os alunos do 8.º e 11.º ano de escolaridade da ESSL, e tendo como enquadramento à intervenção a área da sexualidade na adolescência.

Este tema continua a ser de enorme importância na construção da identidade dos jovens, e nos eventuais comportamentos de risco que afectam a saúde dos jovens, pois é nesta fase etária que se desenvolve a identidade sexual e todo o processo associado ao amadurecimento sexual (Nodim, 2001).

A adolescência é uma fase marcado por ambivalências, contradições e conflitos (Sampaio, 2006) mas esse é um processo na passagem para o estado adulto, situações essas, que contribuem para o crescimento e fazem parte da sua própria condição de jovens.

É pertinente reconhecer que a (...) adolescência implica não apenas modificações corporais típicas às variações etárias, mas também o despontar de novas formas de relação consigo, com o outro e com o mundo.” (Brás,2008:111)

No entanto, face a complexidade desta temática, o profissional de saúde deve caracterizar a sua intervenção pela compreensão da diversidade e da individualidade, bem como as formas diversas que estas vão assumindo ao longo do ciclo vital (Sampaio, 2006).

É consensual, que o comportamento sexual tem uma base biológica, mas que este também é formado através de uma aprendizagem social e familiar, permitindo assim ao jo-

vem uma vivência da sua sexualidade saudável e ao mesmo tempo responsável (Sampaio, 2006; Brás, 2008).

Deste modo a educação afectivo-sexual “ deve entender-se como um direito de todo o ser humano em que a colaboração da família, da escola e de outros serviços é essencial (Brás, 2008:50).

A introdução da educação sexual nas escolas tem sido ao longo dos últimos anos objecto de acesos debates. Pese embora, esteja hoje de forma efectiva plasmada, ao nível dos mais diversos normativos, esta (e na nossa opinião) ainda se encontra a procura de uma estabilidade ao nível dos conceitos, processos pedagógicos e modelos teóricos.

Estamos assim, num aparente campo aberto, onde todos os intervenientes (jovens, família, escola, pares) procuram entender de forma mais efectiva quais os seus papéis. No entanto, no trabalho por nós desenvolvido e na análise dos dados recolhidos, a comunicação entre pais e filhos sobre esta temática, poderá ser ainda muito mais presente no espaço familiar, sendo que este tema não se demonstra fácil de abordar e promover.

No espaço escola e através dos resultados obtidos, também nos foi possível identificar, que o papel do professor é ainda pouco consistente e que este poderá ser a ponte entre a escola e a família, no entanto, (...) é preciso investir nos professores e alunos que já lá estão, encaminhar os problemas para os serviços que de facto dêem respostas e não perder tempo.” (Sampaio, 1999:67).

Neste sentido, o professor, deverá estabelecer com os seus alunos (...) uma verdadeira relação de confiança, leva-os não só a exteriorizarem os problemas que têm, mas também a pedir ajuda para resolverem esses mesmos problemas (Brás, 2008:129).

Esta é certamente uma temática complexa, no entanto a sexualidade faz parte das nossas vidas e abordar a educação sexual é falar de educação global, continua, constante ao longo da vida (Costa, 2006).

Podemos assim afirmar, que a sexualidade e a educação sexual estão estreitamente ligadas e que fazem parte da vivência de todos mas a educação sexual (...) é fundamentalmente uma educação para a afectividade, para o respeito pela dignidade do outro, para um assumir de responsabilidades perante nós próprios e os que nos rodeiam” (Aroso, 2001:7).

Como suporte teórico ao modelo de intervenção foi utilizado a Teoria da Aprendizagem Social ou Teoria Sociocognitiva de Bandura, que segundo diferentes investigadores é a que melhor se adequa aos objectivos por nos definidos designadamente intervir sobre as mudanças dos comportamentos dos adolescentes no incremento de estilos de vida saudáveis e prevenção de riscos face à sexualidade.

Traduzindo todos estes pressupostos, (na nossa intervenção comunitária na área da sexualidade na adolescência), procuramos e (cumprindo o definido na fase do projecto indi-

vidual de estágio), contribuir para a promoção da saúde e desenvolvimento pessoal dos jovens da Escola Secundária de São Lourenço.

Abordámos os temas recomendados para os diferentes níveis de ensino (definidos no enquadramento teórico), através da realização de 10 sessões de educação para a saúde que envolveram 214 alunos, 99 rapazes (46,3%) e 115 raparigas (53,7%), cuja idade variou entre os 13 e os 20 anos.

Da nossa amostra, 77 jovens frequentavam o 7.º ano (37,6%) e 128 jovens o 10.º ano de escolaridade, correspondendo a 62,4% do total.

No processo de avaliação implementado foi possível verificar dos elevados níveis de satisfação por parte dos participantes das acções.

Relativamente ao nosso indicador de processo ele foi cumprido a 100% pois o número de sessões de educação para a saúde realizadas foi precisamente o mesmo do número de sessões programadas (10).

Relativamente aos indicadores de resultado tínhamos definido que:

- Pelo menos 85% dos jovens alvo das sessões de educação para a saúde respondam aos questionários de avaliação da satisfação. Este indicador também foi atingido com sucesso pois a percentagem de respostas dos jovens ao questionário de avaliação da satisfação foi de 100%.
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto à utilidade dos temas abordados nas sessões. Este indicador foi avaliado de forma positiva com uma percentagem de 97,1%.
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto à forma como os temas foram abordados nas sessões. Este indicador teve uma avaliação positiva de 96,1%.
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto ao esclarecimento de dúvidas. Este indicador foi avaliado positivamente por 96,1% dos participantes.
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos com as sessões efectuadas. Este indicador que nos mediu o grau de satisfação geral com as sessões de educação realizadas teve uma avaliação positiva de 98,1%.

Face aos resultados globais expressos relativos à avaliação da intervenção comunitária estes apontam para a superação todos as metas dos indicadores definidos, e com elevados níveis de satisfação por parte dos participantes do nosso estudo.

Dado o perfil temporal da nossa intervenção, ficaram por medir os eventuais ganhos em saúde, traduzidos através da medição dos denominados indicadores de impacto.

No entanto estamos em crer que através do nosso trabalho contribuímos para a clarificação de alguns conceitos que serão pilares para a vivência de uma sexualidade saudável e para a promoção da saúde e desenvolvimento pessoal dos jovens participantes na nossa intervenção comunitária.

Ao nível do papel do enfermeiro, o grande desafio reside na sua capacidade em reflectir o "saber-fazer" assente em processos institucionalizados, processos estes que muitas vezes traduzem desacertos entre o saber técnico e as necessidades em saúde identificadas pelo cidadão cliente face aos seus conhecimentos práticos e projectos de vida.

Especificamente em intervenções em meio escolar, estas implicam conhecer bem o meio (através do diagnóstico) e ao mesmo tempo não esquecer a diversidade do universo em estudo, de forma que essa mesma diversidade possa ser traduzida ao nível do planeamento e das acções a serem desenvolvidas, mas que ao mesmo tempo esta “comunidade” possa no seu todo ser intervencionada através de um processo procurando assim diluir a presença impositiva do enfermeiro.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, o estágio por nós concluído permitiu-nos de forma efectiva compreender, aprofundar e experienciar (tendo por base os objectivos pessoais) as competências específicas definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Todo o trabalho descrito neste relatório, teve na sua base o referencial da metodologia do planeamento em saúde, analisado à luz dos processos teóricos e científicos aqui traduzidos no trabalho de campo desenvolvido com alunos 8.º e 11.º ano da Escola Secundária de São Lourenço.

Tal como anteriormente afirmado, este processo iniciou-se quando estes jovens ainda frequentavam o 7.º e o 10.º ano de escolaridade, nomeadamente, no ano da realização do diagnóstico.

Como a não foi possível realizar a intervenção comunitária ainda durante o mesmo ano lectivo, (sendo realizada no seguinte), e dada a estabilidade das turmas da ESSL foi possível concluir este trabalho com a mesma amostra de alunos, mas quando estes já frequentavam o ano seguinte (8.º e 11.º ano de escolaridade).

O universo da amostra foi inicialmente de 252 alunos, sendo que no final a amostra que constitui o corpus de análise passou a ser composta por 214 alunos, sendo a diferença constituída pelos alunos que não tinham autorização por parte dos encarregados de educação para participar no estudo e pelos alunos que não estavam presentes na sala de aula quando efectuadas as sessões de educação para a saúde e aplicados os respectivos inquéritos por questionário.

Face a estarmos na presença de 2 grupos cujo diagnóstico tinha revelado uma heterogeneidade de possibilidades de intervenção (com base nos problemas encontrados) foram delineadas duas intervenções.

A primeira intervenção direccionada aos alunos do 8.º ano de escolaridade (76 alunos) tendo por base as questões relativas à sexualidade na adolescência com a finalidade de contribuir e esclarecer questões relativas ao desenvolvimento de uma sexualidade mais consciente e esclarecida.

Cumprindo todos os procedimentos relativos à construção teórica de uma sessão de educação para a saúde, foram focados temas e conceitos tais como sexualidade, puberdade, auto-estima, identidade de género e identidade sexual.

A segunda intervenção teve como população alvo os alunos do 11.º ano de escolaridade (138 alunos), onde foram abordadas as questões relativas à noção de sexualidade e as suas dimensões (biológica, psicológica, cultural e ética), atitudes face à sexualidade, identidade e orientação sexual e ser sexualmente responsável.

No final das duas sessões participarão um total de 205 alunos.

Tal como anteriormente esclarecemos nas duas intervenções realizadas, foi utilizada a metodologia de planeamento em saúde, designadamente: foi elaborado um diagnóstico de saúde de uma comunidade, foram definidas as respectivas prioridades em saúde do grupo alvo da intervenção, foram definidos os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde identificadas, foi posto em prática um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e foi efectuada a avaliação das atividades desenvolvidas. Com base nestes pressupostos, atingimos a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária **G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.**

Ao desenvolvermos as duas intervenções, estas resultaram de um intenso trabalho pessoal na recolha das melhores estratégias e conteúdos, mobilizando e integrando os diferentes saberes no âmbito da formação teórica, com o objectivo de contribuir para uma mais efectiva capacitação das populações alvo em estudo, cumprindo assim os requisitos relativos à competência específica **G2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.**

O processo de planeamento desenvolvido na intervenção comunitária, resultou do diagnóstico de situação e das respectivas necessidades reais identificadas. No desenho da intervenção foram tidos em conta os principais documentos orientadores relativamente às políticas públicas na área da saúde tais como PNS 2012-2016 e ainda as linhas de orientação definidas no Plano Nacional de Saúde Escolar/2014, traduzindo assim a importância das intervenções integradas de forma à obtenção de mais ganhos em saúde.

Assim, atingimos a competência específica **G3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde.**

Por sua vez, no âmbito da nossa actuação nesta intervenção de saúde comunitária, actuamos sempre tendo em conta a importância dos instrumentos de controlo epidemiológico, designadamente na explicação dos fenómenos saúde-doença, assim nos grupos abrangidos pelas nossas intervenções identificamos, claramente, os fatores de risco relacionados com uma vivência da sexualidade pouco saudável, tendo assim atingido a competência **G4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico.**

O trabalho de campo desenvolvido, procurou de igual modo, responder ao definido em termos de competências para o enfermeiro especialista, no sentido de que este “...é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. (O.E., 2010).

No que se refere à competência **A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação**, a mesma está traduzida nos procedimentos adaptados no trabalho de campo que foram no sentido de cumprir todos os princípios, valores e normas deontológicas. Por exemplo, na aplicação dos inquéritos por questionário foi garantido o anonimato bem como dada a informação a todos os participantes que os dados seriam apenas usados para o fim a que se destinavam e ao mesmo tempo declarou-se a não obrigatoriedade de resposta ao questionário.

Ao nível do questionário de avaliação da satisfação este foi aplicado num único momento, evitando assim a influência de opinião entre os jovens que participaram na acção.

Face ao trabalho desenvolvido, atingimos também a competência **A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**, porque em ambas as sessões de educação para a saúde foi nossa prática o total respeito pelos valores dos participantes no estudo, traduzidos nos seus costumes, crenças e opiniões.

No que diz respeito ao domínio da melhoria da qualidade, atingimos a competência **B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro**, sabendo que esta se substancia na importância da avaliação da qualidade dos cuidados através da comparação entre a realidade e o que se pretendia atingir.

Assim, no desenvolvimento das intervenções, procuramos sempre manter o respeito pela multiculturalidade num ambiente sentido por todos os participantes como seguro e respeitador da sua individualidade

Quanto ao domínio da gestão dos cuidados, atingimos a competência **C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional**, que se traduz na procura de optimização das respostas por parte da equipa de enfermagem, garantindo assim a segurança e qualidade das tarefas realizadas.

Na prática os bons resultados obtidos com esta intervenção de âmbito comunitário resultaram de uma efectiva colaboração entre todos os participantes, designadamente colegas mestrandos, orientadores e professores da escola, onde todos participaram e partilharam conhecimentos, para que face aos objectivos definidos as decisões tomadas fossem as mais correctas.

Na nossa opinião, também atingimos a competência **C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados**, porque durante o estágio o papel da nossa orientadora foi de crucial importância, que pôs ao nosso dispor toda a sua experiencia e conhecimento, permitindo-nos assim atingir dentro do tempo previsto os nossos objectivos, contribuindo para a nossa motivação e maior capacidade de gestão dos recursos disponíveis face ao cronograma definido.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, atingimos a competência **D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade**, sendo que esta unidade de competência se caracterizou pelo trabalho desenvolvido no primeiro ano de especialização através da complementaridade das diferentes áreas disciplinares que permitam ao aluno ir construindo toda a base de um caminho do autoconhecimento e da sua identidade como enfermeiro especialista.

Ao mesmo tempo, fomos desenvolvendo novas competências e ferramentas que foram facilitadoras do nosso percurso e nos permitirem sermos capazes de responder de forma mais eficaz, eficiente e assertiva, aos problemas surgidos durante todo este nosso trabalho.

Para concluir, e nos termos designados no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, atingimos também a competência **D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**, isto porque no nosso entendimento o enfermeiro especialista deve possuir um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos, humanos e relacionais e ao mesmo tempo detentor de um saber específico da sua área, que lhe permita atingir a melhor qualidade no processo de cuidar em enfermagem, deverá ser um elemento atento e participante ao nível das equipas multidisciplinares de saúde, traduzindo os seus conhecimentos e valores na praxis, investindo na melhoria de competências, o desenvolvimento do currículo e o fortalecimento da capacidade de formação de liderança.

Para finalizar, é nossa opinião termos atingido todos os objectivos definidos no nosso projecto individual de estágio.

No futuro, deveria ser possível avaliar mais concretamente e através da monitorização, como efetivamente estas intervenções em meio escolar são percussores de reais mudanças nos comportamentos dos jovens, ao mesmo tempo perceber quais são as reais dificuldades da comunidade educativa e como estas foram resolvidas e também se possível detectar quais os elementos facilitadores de todo o processo.

Assim, a adopção de um referencial metodológico relacionado com o planeamento das intervenções em educação para a saúde, é fundamental para que os "modelos" de intervenção em meio escolar sejam avaliados e redefinidos.

A prática assente em linhas de orientação, protocolos ou processos, como instrumentos de trabalho na intervenção em educação para a saúde, poderá ser, (e no nosso entender), uma ferramenta que nos permita num curto espaço de tempo, atingir bons resultados.

Este não é nunca um processo acabado, e o nosso trabalho também se identificaram fragilidades designadamente, na impossibilidade de enquadramento deste tipo de acções num modelo mais sistémico e integrado ao longo do ano escolar com as participações de todos jovens, pais, família, professores e profissionais de saúde.

CONCLUSÃO:

Atualmente, assistimos a uma nova cultura da saúde onde a realidade social humana é inseparável da realidade biológica e ecológica, de modo que este conceito adquiriu um sentido holístico, considerando o homem como uma só unidade.

Assim, a saúde é um bem inquestionável, constituindo a base do desenvolvimento pessoal, social e económico.

Por vezes encarada numa perspectiva reducionista como mera ausência de doença, a saúde enquanto conceito, ganhou uma dimensão mais global e holística ao ser definida como “ um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946).

Todavia, contestando de alguma forma esta definição, (que nos propõe uma perspectiva de saúde como algo estático e dificilmente atingível), hoje, esta retoma a sua tradição hipocrática, ao ser encarada cada vez mais como um equilíbrio dinâmico entre factores intrínsecos ao ser humano, de natureza biológica, psicoafectiva e comportamental e factores extrínsecos, próprios do meio ambiente físico e relacional que o rodeia.

Mas a saúde é, também, a capacidade de desenvolver recursos e potencialidades, quer no plano individual, quer colectivo, com vista à obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida.

Neste sentido, deve ser entendida como um recurso para a vida que é necessário aprender a manter e promover.

No entanto, o actual padrão de doença, predominantemente caracterizado por patologias de génese comportamental, mostra que a saúde nem sempre é um critério devidamente valorizado ao nível das escolhas individuais.

Embora estado da arte mostre que hoje em dia, a informação dos cidadãos (relativamente aos riscos para a saúde de alguns destes comportamentos), seja, em alguns casos razoável (a questão do fumar é neste aspecto paradigmático), verifica-se que as opções individuais nem sempre são coerentes com a informação que se dispõe.

A adolescência é marcada por mudanças somáticas e psíquicas, o que afecta todo o campo emocional dos jovens.

Neste sentido, para além dos conhecimentos a nível da anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino, o adolescente necessita ter ideias claras sobre o que vai sentir diretamente no seu próprio corpo. Para além destes aspetos de ordem biológica, é

fundamental que os adolescentes recebam uma educação sexual com orientação de índole ética e moral.

A educação sexual, enquanto processo educativo, “(...) visa o desabrochar da personalidade do indivíduo enquanto ser sexuado. Tem como principal objectivo o desenvolvimento psicosssexual da criança e do adolescente, com vista à formação da personalidade adulta. A educação sexual deve também ajudar os jovens a conhecer, compreender e respeitar o outro” (Costa, 2006:2).

Os jovens não necessitam apenas de conhecimentos técnicos, é fundamental uma educação completa, que envolva todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte.

Logo, é imprescindível um maior envolvimento da família, escola, pares, parceiros sexuais e comunidade como agentes ativos na aprendizagem sexual baseada na verdade e na frontalidade (Costa, 2006).

Pese embora a informação sobre saúde ser necessária para escolhas saudáveis, esta não é por si só suficiente, já que outros factores e motivações interferem neste plano das decisões individuais.

Na realidade, os nossos hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação de que dispomos, mas também pelos nossos valores, crenças e atitudes e pelos diferentes contextos de vida em que nós atuamos, mais ou menos facilitadores de determinadas opções.

Desta forma, trabalhar em educação para a saúde não pode restringir-se a uma mera actividade de informação. Este é, contudo, o modelo subjacente a algumas formas de intervenção, como sejam as palestras ou as campanhas de informação. Em termos de educação para a saúde, estas actividades, embora potencialmente uteis, não são, todavia suficientes.

De facto, só podemos dizer que houve educação quando se utilizaram processos pedagógicos facilitadores da aprendizagem (Piscalho, 2002).

Isto é, quando os envolvidos no processo foram chamados a participar de forma activa, de molde a adquirir o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser necessários à adopção de um dado comportamento, de modo informado, consciente e autónomo

Além disso, a promoção e a educação em saúde são destinados à melhoria da qualidade de vida, logo a formação nesta área deve expressar um sentimento de apoio positivo e capacitação das pessoas para gerir a sua própria saúde e ao mesmo tempo promover mudanças ambientais adequadas ao desenvolvimento de comportamentos que levam a estilos de vida saudáveis

A complexidade e a riqueza do ser humano, a diversidade de funções e dimensões, bem como a multiplicidade de fatores objetivos internos e externos do indivíduo que afetam a sua saúde, destacam o carácter multidisciplinar do campo da educação para a saúde.

Tendo em conta que a sexualidade, se caracteriza pela sua multidimensionalidade, e que esta deverá ser vivida de forma equilibrada e saudável, é no entanto nos jovens que esta questão exige uma intervenção mais direccionada.

No entanto, uma sociedade mais aberta e liberal no que diz respeito à vivência da sexualidade exige que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, redefinam estratégias e modelos de intervenção na educação sexual (Flora, *et al.*2012).

No âmbito do PNSE-2014 dá orientações no sentido de que a educação para a saúde em meio escolar deverá promover a educação sexual através da promoção dos afetos e educação para a sexualidade.

O PNS 2012-2016, procura maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade.

O PNS, defende ainda que o percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes, sendo que a intervenção nestes momentos “janelas de oportunidade” é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo. (WHO, 2010).

O estado da arte é ainda hegemónico, no sentido, de afirmar que a formação e educação para a saúde devem partir de processos dinâmicos, osmóticos numa constante troca de saberes e práticas, que se traduzem nos quotidianos e nos problemas de saúde face as subjectividades dos cidadãos, indo o trabalho a desenvolver, no sentido de, conseguir intervir face a essas mesmas subjectividades e assim poder melhorar os níveis de saúde da população.

Ao nível do microcosmos onde interviemos, este factor é de enorme importância porque nos permite compreender o potencial deste tipo de acções, nomeadamente ao nível pedagógico e no trabalho em educação para a saúde.

Ao mesmo tempo, é de enorme importância o enfoque na formação dos profissionais de saúde, na procura de uma maior consciência critica, e assim motivados para o aprender a aprender, o trabalho em equipas multidisciplinares, com capacidade de ler a realidade social, logo profissionais de saúde criativos ao nível do pensamento e da acção.

Efectivamente, vimos assistindo a mudanças paradigmáticas no que diz respeito aos modelos de prestação de cuidados de saúde à comunidade, face aos limites da eficácia (impactos reduzidos) e de eficiência (custos muito elevados) destes mesmos modelos.

Assistimos, ao mesmo tempo, a mudanças na organização e na prestação de cuidados de saúde, assentes num reforço da importância dos cuidados de saúde primários, na aposta em acções de promoção, prevenção e educação para a saúde.

Outro factor de não menos importância, assenta nas políticas públicas de saúde, onde a dimensão da formação e da intervenção, deverão ter um foco orientador no sentido de definir modelos face os problemas de saúde diagnosticados.

No que ao nosso trabalho de campo diz respeito, podemos concluir que no âmbito do diagnóstico efectuado, a escola como espaço formativo dos jovens concretizam no terreno as orientações relativas à Educação para a Saúde, procurando respostas apropriadas ao seu contexto.

No entanto reforça-se a importância da transversalidade do trabalho em educação para a saúde.

A formação profissional dos enfermeiros é um requisito fundamental para o bom desempenho efectivo que o cidadão cliente espera dele. Assim é necessária uma formação de qualidade, efectiva e eficiente e em diferentes momentos da sua actividade profissional (formação inicial, formação especializada e formação continua).

Importa ainda referir, que as intervenções em meio escolar exigem do enfermeiro a capacidade para lidar com a complexidade das relações (jovens, famílias, docentes) e ao mesmo tempo com a própria organização da instituição assente em processos burocráticos.

É assim, de extrema importância que os enfermeiros, e especificamente o enfermeiro especialista em saúde comunitária, estejam atentos as necessidades dos adolescentes, sendo que estes consideram o enfermeiro “(...) los más indicados para suministrar los conocimientos y la información más correcta, ya consideran que los profesores no tienen preparación para esa tarea.” (Martins, 2007:253).

Deste modo, pese embora as naturais dificuldades e limitações sentidas durante o estágio, o mesmo foi uma experiência muito enriquecedora, que nos permitiu crescer pessoalmente e profissionalmente.

Sentimos ainda que a escola deverá ser um parceiro estratégico para o enfermeiro especialista de saúde comunitária, pois é na escola que os jovens passam hoje grande parte do seu tempo.

No entanto, a escola, e face às constantes solicitações por parte dos mais diferentes intervenientes (estágios, teses de mestrado, doutoramento, entre outros), identificamos alguma exaustão por parte de todos os intervenientes da comunidade escolar, sendo que seria importante avaliar a possibilidade de face aos diferentes interlocutores, conceber que todas estas intervenções multidisciplinares, fossem coordenadas por exemplo, a partir do IPP, permitindo assim outra contextualização e interdisciplinaridade.

Neste sentido, e face à dimensão do distrito faria todo o sentido a criação de um grupo de trabalho multidisciplinar ao nível do IPP coordenado pela ESSP, com a finalidade de construir um objectivo comum relativo a formação e educação para a saúde que oriente a tomada de decisão relativamente ao planeamento e estratégias de formação, identificação das necessidades (diagnóstico), definição de objectivos face aos princípios da promoção da saúde, designadamente:

1. Estudar a situação actual e necessidades de formação em educação para a saúde nas escolas do distrito;
2. Definir critérios de boas práticas, que contribuem para a melhoria da qualidade das acções a desenvolver;
3. Proporcionar o consenso e definir pontos de interesses comuns na formação e promoção da saúde entre as diferentes áreas disciplinares implicadas,
4. Desenvolver estratégias de formação e promoção da saúde, para os diferentes níveis de ensino (licenciatura; pós-graduada e continua), em coordenação com os serviços de saúde, assentes num objectivo comum a promoção da saúde da comunidade.

Na prática a educação e promoção para a saúde, exige um reconhecimento por parte de todos os *stakeholders*, de forma a possibilitar o construção de um processo onde seja possível identificar as necessidades, definir objectivos partilhados, seleccionar as estratégias mais adequadas e realizar a monitorização e avaliação das intervenções realizadas.

De facto, a mera realização de diagnósticos, não se revela suficiente, sendo que estes deverão alimentar sistemas de gestão do conhecimento, que permitissem, que quer alunos, quer professores, pudessem dar respostas aos problemas e necessidades identificados de forma que a comunidade escolar pudesse aprender com os erros cometidos e ao mesmo tempo melhorar continuamente (Bligh, 2003).

Deste modo, a educação para a saúde não deve ser considerada apenas como mais uma atividade a ser realizada na escola mas sim, uma prática que baseada na evidência, reorienta toda a intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários, assente em promover a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. (1988). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aded, N., Dalcin, B., Moraes, T. & Cavalcanti, M. (-) *Abuso sexual em crianças e adolescentes revisão de 100 anos de literatura*. In Jornal Livre. Acedido a 16 de Maio de 2013 em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n4/204.html>
- Aguilar, L. (2010). *Aprendizagem Social*. In Informática (Ensino). Acedido em 18 de Agosto de 2013 em http://penhas.di.ubi.pt/~a14676/psicologia/aprendizagem_social.pdf
- Agreda, Esther A. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educere n.º45* (13) [online], 415-425.
- Ajuriaguerra, J. (1983). *Manual de psiquiatria infantil*. São Paulo: Masson.
- Almeida, C.; Pinheiro, E.; Beserra, M. & Barroso, G. (1996). *Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes*
- Alvarez, M. & Garcia-Marques, L. (2008). Condom inclusion in Cognitive Representations of Sexual Encounters. *Journal of Sex Research*. 45 (4):358-370.
- Alvarez, M. (2005). *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco – o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de proteção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Anastácio, Z. (2012). *Saúde e desenvolvimento adolescente: relação entre a tomada de decisão, comportamento sexual, autoestima e imagem corporal*. Acedido a 08 de abril de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21346/1/SA%c3%9aDE%20E%20DESENVOLVIMENTO%20ADOLESCENTE.pdf>
- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., & Blum, R. W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 28(4), 295-302.

- Ariès, P. & Duby, G. (1995). *História da vida privada I. Do Império Romano ao ano mil*. São Paulo: Companhia Das Letras.
- Ariès, P.; H. (1973). *L'enfant e la vie familiale sous l'ancien regime*. Paris: Editions du Seuil.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Aroso, A. (2001) De mães para filhas, de filhas para mães. Porto: Editora Ambar.
- Arranhado, E. (2006). Avaliação do Programa Nacional de Vacinação (PNV 2000). Acedido a 24 de Maio de 2013 em: <http://ordembilogos.pt/Arquivo/Emilia%20Arranhado1.html>
- Barbosa, M.R. (2001). *A vinculação aos pais e a imagem corporal de adolescentes e jovens adultos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Bastos, V., Moreira, A., Ota, R., Zanatta, N., Abe, C. & Lucas, A. (2010). *Educação Sexual com Mitos e Verdades da Sexualidade*, Universidade Estadual de Maringá. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao_e_Genero/Trabalho/07_37_34_educacao_sexual_com_mitos_e_verdades_da_sexualidade.pdf
- Bastos, A. (2003). *Afetividade na Adolescência – Sexualidade e Educação para os Valores*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Baumrind, D. (1983). Rejoinder to Lewis' reinterpretation of parental firm control effects: Are authoritative families really harmonious?. *Psychological Bulletin*, 94(1), 132-142
- Bell J. (2009). Why embarrassment inhibits the acquisition and use of condoms: a qualitative approach to understanding riskysexual behaviour. *Journal Adoles.*;32:379–91.
- Bizarro, L. (2001). O bem-estar psicológico de adolescentes com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde & Doença*, 2 (2), 55-67.
- Bligh, J. (2003). The ordinariness of teaching. *Medical Education*, 37, 394.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Brás, Manuel (2008) - A sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem
- Brás, M. (2012). *Sexualidade na adolescência: perspetiva do adolescente face à sexualidade*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança (Curso de Mestrado em Gestão das Organizações), Bragança. Acedida a 19 de Maio de 2013 em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8008/1/Fatima_Bras_MGO_1%c2%baano_Gest%c3%a3o%20das%20Unidades%20de%20Saude.pdf
- Brêtas, J. & Silva, C. (2005). *Orientação Sexual para adolescentes: Relato de Experiência*. In Acta Paul Enferm. Acedido a 22 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300015
- Brissos, M. (2004, Janeiro/Junho). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 43-55. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Brooks-Gunn, J., & Reiter, E. O. (1993). The role of pubertal processes. In S. Shirley Feldman, & Glenn R. Elliott (Eds.), *At the threshold. The developing adolescent* (pp. 16-53). Cambridge: Harvard University Press.
- Cabral, C. & Camarano, A. (1998) *Revelação da gravidez na adolescência em famílias de camadas médias: tensões e dilemas*. ... *Família, sexualidade e ethos religioso. "Fecundidade e anticoncepção da população jovem"*.
- Calderone, M. (1985). Adolescent sexuality: elements and genesis. *Pediatrics* (4),699-703.
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 1 – Construção de Bases de Dados utilizando o Data Editor do SPSS*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 2 – Estatística Descritiva Univariada*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 3 – Manipulação de ficheiros de dados*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre

- Calha, A. (2013). *Guia n.º 4 – Transformação de dados no SPSS*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 5 – Coeficiente de Consistência Interna: Alfa de Cronbach*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 6 – Testes e Medidas de Associação I (modelos de comparação de grupos)*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Calha, A. (2013). *Guia n.º 7 – Testes e Medidas de Associação II (modelos de comparação de pares de variáveis)*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2004, Janeiro/Junho). Educação para a saúde: diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 57-70. Acedido a 30 de Maio de 2013 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-06-2004.pdf>
- Cavaco, C. (2007). Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências: Complexidade e novas actividades profissionais. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 2, 21-34.
- CE – EuropAid (2004), Project Cycle Management – Guidelines on Aid Delivery Methods. Brussels: European Commission
- CE (1999) MEANS – *Evaluation socio-economic programmes – Evaluating Design and Management, Volume 1*. Luxemburgo: Comissão Europeia.
- Cherlin, A., E. (1997). Delayed Homeleaving in Europe and the US. *Special Issue of the Journal of Family Issues* 18. Scabini and G. Rossi, eds.
- Claes, M. (1990). *Os Problemas da Adolescência*. Lisboa: Verbo.
- Coimbra, J. (2012). “Clica já” – Educação sexual em meio escolar. In *Millenium* (43), 127-131. Acedido a 30 de Maio de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium43/8.pdf>
- Compas, B.E., Hinden, B. H., & Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 1995, 46, 265-93.

- Conferência Episcopal Portuguesa (2005). *Educação da Sexualidade*, Nota sobre a Educação da Sexualidade. Acedido a 22 de junho de 2013 em <http://www.agencia.ecclesia.pt/index.shtml>
- Connolly, J.; Craig, W.; Goldberg, A. & Debra Pepler (1999). Conceptions of Cross-Sex Friendships and Romantic Relationships in Early Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (3), 219-251.
- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 1 – 5
- Cordeiro, M, (2009). *O grande Livro do Adolescente – dos 10 aos 18 anos* (1.ª Ed.. Lisboa: Esfera dos Livros
- Costa, J. (2006). *Desenvolvimento de projectos educacionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Costa, M. L. (2011). Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados. Dissertação de Doutoramento apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para a obtenção do Grau de Doutor no Curso de Doutoramento em Educação, Lisboa. Acedido em 18 de Outubro de 2013 em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20Mais%20Saber,%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>
- Costa, A. (2006). *A educação sexual numa perspetiva de Educação para a Saúde: Um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho – Instituto de educação e Psicologia (Mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde), Braga. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6284/3/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20de%20Mestrado.pdf>
- Cruz, M. F. (2011). *Educação para a saúde – intervenção comunitária aos três níveis de prevenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade católica Portuguesa (Curso de mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária), Lisboa.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research* (3ª ed.). London: SAGE Publications.
- Dias, S. F. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Unidade de Saúde e Desenvolvimento, Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais.
- Dias, M.G., & Fontaine, A.M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dolto, F. (1977). *Psicanálise e pediatria*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dor, J. (1989). *O pai e sua função em psicanálise*. Rio e Janeiro: Zahar.
- Drezett, J., Caballero, M., Juliano, Y., Prieto, E., Marques, J. & Fernandes, C. (2001). *Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino*. In *Jornal de Pediatria*. Acessado a 21 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572001000500013&script=sci_arttext
- Eistenstad, S. (1960). *From Generation to generation*. New York: The Free Press Elliott (Eds.), *At the treshold. The developing adolescent (16-53)*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Escola Secundária de São Lourenço, Projeto Educativo de Escola 2011-2013. Acessado a 12 de Abril de 2013 em <http://www.essl.edu.pt/images/pdf/PE.pdf>
- Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre
- Esteves, M. (2009). Construção e desenvolvimento das competências profissionais dos professores. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 08,37-48.
- European Center for Disease Prevention and Control, ECDC report: *Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV*.
- Fernandes, A. (2006). *Projecto ser mais – Educação para a sexualidade* in http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/vti_cnf/TESE_Armenio_web/ acessado em 19 de junho de 2013

- Ferreira, M. & Nelas, P. (Fevereiro 2006). *Adolescências... Adolescentes.... Educação, ciência e tecnologia*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a Maio de 2013 em <http://hdl.handle.net/10400.19/409>
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (52), pp. 132-137
- Figueiredo, B. (julho/dezembro 2001). Maternidade na adolescência: do Risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Nº 2 (Vol 3), 221-238
- Flammer, A. (1996), *Theories of development*. Psychological theories of human development (2ª ed.). Bern, Switzerland : Huber.
- Flora, M.; Ferreira R. & Paiva, H. (2013). Intervenções de educação sexual em adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(10), 125-134. Acedido a 22 de Setembro de 2013 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200015&lng=pt&tlng=pt. 10.12707/RIII1229.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- Frasquilho, Maria, A.; (1996). *Comportamentos- Problemas em adolescentes: factores protectores e educação para a saúde*. ,Lisboa: Editora Laboratório.
- Freud, S. (1958). *Uma teoria sexual*. In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Delta, 5-126.
- Freud, S. (1958). *A organização genital infantil*. In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Delta, 101-7.
- Freud, S. (1958). *Fim do Complexo de Édipo*. In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Delta.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I - a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graa
- Gallager, J.;R. (1982) The origins , development, and goals of adolescent medicine. *Journal adolescence heat care* 3 (1): 57-63.

- Gallagher, J.R; Heald, P.P. & Garell, D.C. (1976). *Medical Care of the Adolescent*. New York, Appleton-Century-Crofts.
- Galvão, M. & Costa, E. (2000). Sexualidade da Adolescente: Anticoncepção e DST/AIDS. *RBM – Caderno de Ginecologia e Obstetrícia* (57), 8-19
- Garraio, I. (2011). *Histórias da história, 125 anos da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre*. Lisboa: Edições Colibri.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A.; Ferreira, M.; & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/ SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 7 (vol2), 299-316
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (2.ª edição). São Paulo: Editora Atlas
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance: Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (editores), *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo* (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Goodstein, L. ;Nolan, T. & Pfeiffer, J. (1993). *Applied strategic planning, a comprehensive guide*. McGraw-Hill, Inc.. EUA.
- Goossens, L. (2006). *Theories of adolescence*. In S. Jackson & L. Gossens, *Handbook of adolescent development*. New York: Psychology Press.
- Graber, J.A., & Petersen, A.C.(1991). *Cognitive changes at adolescence: Biological perspective*. In K. R. Gobson, & A. C. Petersen (Eds.), *Brain maturation and cognitive development* (p. 227-253). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- GTES (2005). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 2 Maio de 2013 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacao%2Feducacao%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=rwWSUenzB4_G7Abkl4FA&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=O2xxefr-pjPe arLxIFfQQ
- GTES (2007). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 2 Maio de 2013 em

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacao%2Fdados%2Feducacaosaude%2Feducaaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=PAASuFLoMqLY7AbullG4Cw&usq=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWf1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-jJw

- Guerra, Valeschka M. and Gouveia, Valdiney V. (2007). Liberalismo / conservadismo sexual: proposta de uma medida multi-fatorial. In *Psicologia. Reflexão e Crítica*. Vol.20, n.1, pp. 43-53. ISSN 0102-7972. Acedido a 28 de Agosto de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a07v20n1.pdf>
- Habigzang, L., Azevedo, G., Koller, S. & Machado, P. (2006). *Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vitimas de Violência Sexual*. In *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 379-386. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722006000300006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6ª edição). New Jersey: Pearson Educational, Inc.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2.ª edição). Lisboa: Edições Sílabo
- Hofer, W.; e Schendel, D. (1978). *Strategy formulation: Analytical concepts*. New York: West Publishing Company.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras avulsas.
- International union for health promotion and education [IUHPE]. (2009). Construindo escolas promotoras de saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar. Acedido a 28 de Maio de 2013 em http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_Guideline_sII_2009_Portuguese.pdf
- Irwin, C. E., Jr. (1987). *Adolescent social behavior and health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Irwin, C. E., Jr., Burg, S. J., e Uhler Cart, C. (2002). America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 91-121.

- KÉROUAC, S. *et al.* (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- Kirkpatrick, D. (1998). *Evaluating Training Programs*. São Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Knobel, M. (1984). Adolescência e sexualidade. *Rev. Inst. Psicol. PUCCAMP*; 1:57-75.
- Laufer, M. (1972). *Depression in adolescence*, nº 4. London: Brent Consultation Centre.
- Leal, D. (2006). *Impacto da gravidez na adolescência no distrito da Guarda*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (Curso de Mestrado em Medicina), Covilhã.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Lisboa: Edições ASA.
- Leitão, I. & Ramoa, C. (2011). *Mitos e crenças sobre aspetos ligados à sexualidade – Educação Sexual em Meio Escolar: Metodologias de Abordagem/Intervenção*. Acedido a 21 de Maio de 2013 em <http://www.cfaematosinhos.eu/M1.pdf>
- Leite, M. *et al* (2007). Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]; Nº 4 (Vol 60) acedido a 17 de Junho de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400014&lng=en&nrm=iso
- Lerner, R.M., & Steinberg, L. (2004). *The scientific study of adolescent of adolescent: Past, present, and future*. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent development*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1-12.
- Levin, M. (1969). Healthy sexual behavior. *Pediatr. Lin. N. Am.*; 16:329-32.
- Lévi-Strauss, C. (1989). *O pensamento selvagem*. Campinas Brasil: Papirus.
- Liu, A., Kilmarx, P., Jenkins, R. A., Manopaiboon, C., Mock, P. A., Jeeyapunt, S., *et al.* (2006). Sexual Initiation, Substance Use, and Sexual Behavior and Knowledge Among Vocational Students in Northern Thailand. *International Family Planning Perspectives*, 32(3), 126- 135.

- Lopes, A.; Nunes, L.(1995). Acerca da Trilogia: Competências Profissionais, Qualidade de Cuidados de Ética. *Nursing*, Ano 8, nº 90/91.
- Lopes, O. (2004). Crenças e Atitudes como “Co-Factores” do VIH/SIDA. Comunicação. Acedido m 22 de julho de 2013 em <http://www.aidsportugal.com>.
- López, F.; Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Loureiro, I.; Miranda, N. & Miguel, J.; M. (2013) .Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Rev. Portuguesa de Saúde. Pública*. vol.31, n.1, 23-31. Acedido a 24 de julho de 2013 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v31n1/v31n1a04.pdf>
- Lourenço, M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.
- Looker, K., Garnett, G. & Schmid, G. (2008). An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex vírus type 2 infection. *Bulletin of World Health Organization*, 86 (10), 805 - 812. Acedido a 2 de Maio de 2013. em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/07-046128/en/>
- Lucas, M. (2009). *Adolescência e sexualidade: sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco na adolescência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa (Curso de Mestrado em Sexualidade Humana), Lisboa.
- Macário, R. & Martins, M. (2010). *Educação sexual em contexto escolar: outro ano zero?!*. Acedido a 20 de Maio de 2013 em http://www.esse.ualg.pt/rededeprofessoresinvestigadoresemciencias/joomla/images/stories/Paper_Guarda.pdf
- Madureira, L.; Marques, I & Jardim, D. (2009). Contraceção na adolescência: conhecimento e uso. *Cogitare Enferm*; Nº 15(Vol 1),100-105
- Martínez, M. (2009). Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (ITS). *Revista Chilena de infectología*. 26(6), 529-539
- Matos, I. (2004). *Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos Adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro

- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Martinez F. & Lopez-Arregui, E.(2009) Infection risk and intrauterine devices. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88 (3)
- Martins, M.; Fernandes, C. & Gonçalves, L. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. In *Reben – Revista Brasileira de Enfermagem*, nº 65, 685-690. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000400020&script=sci_arttext
- Martins, M. A. (2009). *Estado de nutrição, comportamento alimentar e estilos de vida: caracterização de uma população de adolescentes*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Martins, A.; Nunes, C.; Silva, A. & García, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico*, nº 1 (vol/39), 7-13. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://www.researchgate.net/publication/234893617_Fontes_de_informao_conhecimentos_e_uso_do_preservativo_em_estudantes_universitarios_do_Algarve_e_de_Huelva
- Martins, M. F. (2007). *Familia y Educación Sexual de los Adolescentes: Análisis y Valoración de las Familias de un Distrito del Norte Alentejano ante su Papel y el de las Otras Fuentes de Educación. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Matos MG, Simões C, Tomé G, Camacho I, Ferreira M, Ramiro L. *et al* (2011). A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Matos, M. *et al* (2004). Risco e Protecção: Adolescentes, Pais, Amigos e Escola. Acedido em 31 de Maio de 2013 em http://aventurasocial.com/2005/conteudos/publicacoes/risco_e_proteccao_adolescentes.pdf

- Mcglynn, A.; (2003) “The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States”. *New England J. Med.* vol. 348, 26, 2635-2645.
- McManus, R. P., Jr. (2002). Adolescent care: reducing risk and promoting resilience. *Primary Care*, 29 (3), 557-569.
- Miguel, Nuno; Gomes, Ana, M. (1991). *Só para jovens, juventude, afecto e sexualidade*. Lisboa: Texto Editora.
- Ministério da Educação. (2011). *Nova Escola*. Acedido em 31 de Maio de 2013 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098.
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 .
- Ministério da Educação [ME] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098
- Ministério da Saúde. [ME]. Direção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão Geral da Saúde. Acedido em 20 de Maio de 2011 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>
- Ministério da Educação [ME] (2008). Despacho nº 19 308/2008, de 21 de julho, *Diário da República*, 2.ª série, n.º 139, 32171
- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro. Gabinete da Ministra. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 240, 17515-17516
- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho nº19 737/2005 15 de Junho. Determina a criação de um grupo de trabalho incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais de educação sexual em meio escolar, na perspetiva da promoção da saúde. *Diário da República*, 2.ª série, n.º176, 13348
- Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro: Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, fixando condições d promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar. *Diário da República*, 1ª série –A., n.º 240, 5784-5786.

- Ministério da Educação [ME] (1984). Lei n.º 3/84 de 24 de Março. *Diário da República*, 1.ª série-A. Acedido a 31 de Maio de 2013 em http://juventude.gov.pt/MigratedResources/461000/461027_Lei203_84pdfE ducsexep laneamento.pdf
- Ministério da Saúde [MS]. Direcção-Geral da Saúde. *Plano nacional de saúde 20012/2016: Volume 11 - Indicadores e metas em saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Mintzberg, H. (1992). *Generic strategies*. In Mintzberg, H. Quinn, J.B. The strategy process: concepts and contexts. New Jersey: Prentice Hall,
- Monteiro, RLM (2005). A *mídia* na informação sobre saúde sexual. *Adolesc Saúde*. n.º2 (Vol1), 17-28. Acedido a 2 de Junho de 2013 em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=194
- Moreno, J. (1993). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. Campinas: Editorial Psy.
- Moffitt, T. E., e Caspi, A. (2000). Comportamento anti-social persistente ao longo da vida e comportamento anti-social limitado à adolescência: Seus preditores e suas etiologias. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIV (1,2,3), 65-106.
- Muuss, R. (1988). *Theories of Adolescence*. London: McGraw-Hill, Inc.
- Neto, D. (1993). *Mito e psicanálise*. São Paulo: Papirus.
- Netting, N. (1992). Sexuality in youth culture: identity and change. *Adolescence* (27), 961-76
- Nodin, N. (coord) (2000). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em Finais do Século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família,
- Oliveira, E. A, Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravanello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15, 1-11.
- Oliveira, M. A. C.; Egry, E. Y. (1997). A Adolescência como um Constructo Social. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*. São Paulo, 7 (2).
- Olson, D. H. (1988) - Family types, family stress, and family satisfaction: a family development perspective. In FALICOV, C. J. - *Family transitions: continuity and change over the life cycle* p. 55-79. New York: Guilford Press.

- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669
- Organización Mundial de La Salud (1977). Necesidades de salud de los adolescentes. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS. Ginebra, OMS. (Série de Informes Técnicos, 609).
- Padilha, M. & Gomide, P. (2004). *Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual*. In Estudos de Psicologia, 9(1), 53-61. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000100007&script=sci_arttext
- Pagès-poly, M.; Pagès, J. (1997). *Quando os Adolescentes Despertam para a Sexualidade*. Lisboa: Terramar.
- Paxman, J.; Zuckerman, R. (1989). *Lois et politiques ayant une incidence sur la santé des adolescents*. Geneve: OMS.
- Pfeiffer, L. & Salvagni, E. (2005) *Abuso sexual na infância e adolescência*. In Jornal de Pediatria – vol 81, nº5 (supl), 2005. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572005000700010&script=sci_arttext
- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Piscalho, I., & Leal, I. (2002). Promoção e educação para a saúde: Educação da sexualidade nas escolas – Um projecto de investigação-acção com adolescentes que frequentam o 10º ano de escolaridade. Paper presented at the 4º Congresso de Psicologia da Saúde: A Saúde numa Perspectiva de Ciclo de Vida, Lisboa.
- Policarpo, V. (2014). *Indivíduo e Sexualidade: A Construção Social da Experiências Sexual*. Lisboa: ICS.
- Portal do Instituto Nacional de Estatística acedido e trabalhado em Maio/ Junho 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main

- Portal da Saúde (2008). Planeamento Familiar. Acedido em 13 de junho de 2013 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/planeamentofamiliar.htm>
- Rakoff, V. M. (1995). Una interpretación psichistórica del adolescente. In Maddaleno, M. *et al. La salud, del adolescente e del joven*. Washington: Organización Panamericana de la Salud,. 57-64. (Publicación científica n. 552).
- Reis do Arco, A. (2011). Teorias e modelos na Promoção da Saúde. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde Portalegre, Portalegre.
- Reis, M & Matos, M. (2007). Contraceção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 8 (vol 2), 209-220
- Reis, M.; Ramiro, L. & Matos, M. (2009). Contraceção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses. *Revista lusófona de ciências e tecnologias da saúde*. Nº6 (Vol 2), 206-214
- Ribeiro, A. (2011). *Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e comportamentos de estudantes do 8º ano ao 12º ano do norte de Portugal*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa (Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Porto. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3129/1/DM_14228.pdf
- Ribeiro, J., Pontes, A & Santos, L. (2012). Atitudes face à sexualidade nos adolescentes num programa de educação sexual. In *Psicologia, Saúde e Doenças [online]* (2) 13, 340-355. Acedido a 19 de Maio de 2013 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1645-00862012000200015&lng=pt&nrm=iso>
- Rocha, Amarílis; Correia, Carla; Pestana, Leonor; Bento, Manuela; Preto, Olinda & Lobão, Sandra (2011). Saúde Escolar em Construção: Que Projetos? *Milennium*, 41 (julho/dezembro). pp. 89-113.
- Rodrigues, R. (2010). Gravidez na Adolescência. *Nascer e Crescer- revista do hospital de crianças Maria Pia*. n.3 (vol.XIX)
- Rodrigues, C. (2009). *Género e aprendizagem participativa orientada para a ação em educação sexual: um estudo com alunos (as) do 7º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho (Curso de Mestrado em Educação, área de especialização em educação para a saúde), Braga.
- Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. Rio de Janeiro: Hucitec.

- Sá, E. (1997). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim da Século Edições.
- Saavedra, L. & Magalhães, S. (2010). Discursos de Jovens Adolescentes Portugueses sobre a sexualidade e o amor: Implicações para a Educação Sexual. In *Educação & Sociedade*, 110, (31) 135-156. Acedido a 22 de julho de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/es/v31n110/08.pdf>
- Saavedra, L. & Magalhães, S. (2007). Género, cultura e sexualidade em jovens portugueses e portuguesas: Um programa de educação sexual. In *Actas do Congresso Astur Galaico de Socioloxía*, Corunha.
- Sampaio, D., Baptista M., Matos, M., & Silva M. (2007). Relatório Final. Lisboa: DGIDC.
- Sampaio, D. (2006). *Lavar o mar, um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*: Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1998a). *Inventem-se novos pais*. (10.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (1998b). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. (10.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (1998c). *Vivemos livres numa prisão*. (2.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (2000). *Vozes e ruídos: diálogos com adolescentes*. (11.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho
- Santana, P. (2002) – “Poverty, social exclusion and health”, in: *Soc. Sci.& Med*, 55: pp.132-45.
- Segundo, B. (2009). *Sexualidade, cristianismo e poder*. Acedido a 20 de Junho de 2013 em <http://www.revispsi.uerj.br/v10n3/artigos/html/v10n3a05.html>
- Silber, T. & Woodward, K. (1985). Enfermidades de transmissão sexual durante la adolescencia. In: *OPAS, La salud del adolescente y el joven en las Americas*, Washington. 93-99.
- Silber, T. J. (1995). Medicina de la adolescência: su historia, crecimiento y evolución. In Maddaleno, M. *et al.* *La salud del adolescente e del joven*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 65-69. (Publicación científica n. 552).

- Silva, H.; Ferreira, S.; Águeda, S.; Almeida, A.; Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 43(Vol 1):8-15
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Simões, C., e Marques, J. (2000). Determinantes sócio-cognitivas de intenções comportamentais relacionadas com a saúde. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(1), 25-36.
- Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A.; Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. In *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 43(Vol 1):8-15
- Sim-sim, M. (2003). *Ser e Parecer Sexual na Adolescência*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Smetana, J., Campione-Barr, N. & Metzger, A.. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology* 57, 255-84.
- Spranger, Eduard (1966). *Psicologia da juventude*. Rio de Janeiro: Edições Bloch
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sprinthall, Norman, Sprinthall Richard (1997). *Psicologia educacional : uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa : McGraw-Hill
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence (5th ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Swygard, H., Sena, A., Hobbs, M. & Cohen, M. (2004). Trichomoniasis: clinical manifestations, diagnosis, and management. *Sexually Transmitted Infections*. 80, 91-95
- Taquette, S. (s.d.) *Sexualidade na Adolescência*. In A Saúde de Adolescentes e Jovens – competências e habilidades. Acedido a 21 de Maio de 2013 em

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comp/tc_14.html

- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da saúde
- Tavares, José; Alarcão, Isabel (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616658&indexSearch=ID>
- Teixeira, F., Martins, I., Ribeiro, P., Chagas, I., Maia, A., Vilaça, T. et al. (2010). *Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas*. (1ª edição – ebook). Braga: edições CIE. Acedido a 20 de Maio de 2013 em http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/ebook_1_CISES.jpg
- Torisu, E. & Ferreira, A. (2009). A teoria social cognitiva e o ensino-aprendizagem da matemática: considerações sobre as crenças de autoeficácia matemática. *Ciências & cognição*. 3. Acedido em 23 de julho de 2013 em http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v14_3/m106.pdf
- The Cairo conference (1994). United Nations International Conference on Population and Development (ICPD). Acedido a 12 de Junho de 2013 em <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p02009.html>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010). *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade – Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. Acedido a 20 de Maio de 2013 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>
- Martinez F. & Lopez-Arregui, E. (2009) Infection risk and intrauterine devices. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88 (3)
- UNADIS (2010) *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*, Report on the global AIDS epidemic
- UNADIS (2010) *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*, Report on the global AIDS epidemic
- Vaz, J. (1996). *Educação sexual na escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Vilaça, T. (2007). Dos Modelos de Educação para a Saúde Tradicionais aos Modelos de Capacitação: Abordagens Metodológicas da Educação Sexual em Portugal do 7º ao 12º anos de Escolaridade. In L. C., Chamosa; P. J. E., Alonso; J. R. G., Otero; L. J., Pereira; A. L., Barreiro & M. R., Mayo, Actas do XX Congreso ENCIGA.
- Vilar, D. (2003). *Falar disso, a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilar, D. (2005, Julho-Setembro). A Educação sexual faz sentido no atual contexto de mudança? In *Revista Educação Sexual em Rede*, 1, 8-14. Acedido em 18 de Maio de 2013 em http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS_DV.pdf
- Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes. Lisboa: APF
- Werebe, M. (1979). Estudo sobre a sexualidade do adolescente: análise crítica. *Ciênc. Cult.* (31),373-81.
- World Health Organization (WHO) (1995). Um programa para o enriquecimento das interações entre mães e filhos. In Portal da WHO. Acedido em 4 de maio de 2013 em http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MHP_98.1_por.pdf
- World Health Organization (WHO) (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (WHO) (2010) Social determinants of health and the role of evaluation. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (WHO) (2003). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2001). Local action: creating Health Promoting Schools. Geneva: World Health Organization.
- Yin, R. K. (2003). Case Study research, Design and Methods (3ª ed.). USA: SAGE Publications.
- Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização aos encarregados de educação para a participação dos jovens no estudo



Exmo. Sr. ou Sr.^a. Encarregado (a) de Educação

Somos um grupo de alunos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, vimos por este meio solicitar a sua autorização para a participação do seu educando no estudo que estamos a realizar no âmbito da Sexualidade na adolescência. A participação dos alunos é fundamental para a viabilidade da investigação e consequente projeto de ação.

Os dados recolhidos serão mantidos anónimos e confidenciais, não sendo nunca solicitada a identificação dos participantes no estudo.

Assim, de acordo com a sua decisão, pedimos que complete e devolva este documento até ao dia 10 de Maio de 2013.

Informamos que caso não obtenhamos resposta da sua parte, consideramos o pedido tacitamente aceite

Agradecemos a atenção dispensada e disponibilizamo-nos para esclarecer qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Serra

Gabriela Serra

Luís Amaro

Miguel Tavares

Sílvia Ronda

Eu _____ encarregado/a de educação do aluno /a
_____ da turma ____ com o nº____, autori-
zo/não autorizo, a participar no estudo acima mencionado.

_____ de _____ de 2013

(assinatura do Encarregado de Educação)

Anexo II – Instrumento de colheita de dados do Diagnóstico de Situação.

Caro (a) estudante,

Gostaríamos de contar com a tua participação num estudo que estamos a realizar e que tem o objetivo de **Promover a Saúde Sexual dos Adolescentes**.

A informação prestada é **anónima**, e por isso não te deves identificar em nenhuma parte do questionário.

Lembra-te que isto não é um teste de avaliação e por isso não há respostas certas ou erradas. Todas serão válidas se traduzirem as tuas **opiniões, comportamentos e atitudes**.

Os dados obtidos através do preenchimento deste questionário são indispensáveis para o desenvolvimento do nosso trabalho com eficácia.

Assim, solicitamos a tua participação, bastando para isso responder às questões que te são colocadas.

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS

1. Turma _____ 2. Idade _____ 3. Sexo _____ Data ____/____/____
4. Situação conjugal dos teus pais _____ 5. Com quem vives _____
6. Religião _____ 7. Praticante _____

Se tens uma religião, como encaras as Normas Doutrinárias da mesma (responde sim ou não)

8. Sigo fielmente as normas _____ 9. Existem normas com as quais não me identifico _____

10. Com quem costumavas conversar sobre sexualidade? Porquê?

11. Sentes dificuldade em conversar com os teus pais? SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM porquê? _____

12. Decidiste começar a ter relações sexuais SIM ☐ NÃO ☐

13. Decidiste começar a usar um método contraceutivo SIM ☐ NÃO ☐

14. Qual _____

15. Tens um amigo/a com tendências homossexuais SIM ☐ NÃO ☐

16. Preocupa-te a SIDA SIM ☐ NÃO ☐

17. Andas preocupado com a imagem corporal SIM ☐ NÃO ☐

18. Refere com quem preferes abordar e esclarecer-te sobre todos estes assuntos (assinala com X, podes escolher mais do que um dos itens)

Pai		Padre	
Mãe		Internet	
Outro familiar		Livros	
Amigos		Revistas	
Colegas da Escola		Televisão	
Professores			

19. Qual a frequência com que falas com a tua mãe sobre:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19.1. Gravidez					
19.2. Preservativo					
19.3. Relações sexuais entre jovens					
19.4. Vida sexual dos adultos					

19.5. Sonhos molhados					
19.6. Pornografia					
19.7. Mudanças corporais na adolescência					
19.8. Aborto					
19.9. Namoro					
19.10. Homossexualidade					
19.11. Período menstrual					
19.12. Sida					
19.13. Outras doenças sexualmente transmitidas					
19.14. Pílula					
19.15. Masturbação					
19.16. Crimes sexuais					

20. Qual a frequência com que falas com o teu pai sobre:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20.1. Gravidez					
20.2. Preservativo					
20.3. Relações sexuais entre jovens					
20.4. Vida sexual dos adultos					
20.5. Sonhos molhados					
20.6. Pornografia					
20.7. Mudanças corporais na adolescência					
20.8. Aborto					
20.9. Namoro					
20.10. Homossexualidade					
20.11. Período menstrual					
20.12. Sida					
20.13. Outras doenças sexualmente transmitidas					
20.14. Pílula					
20.15. Masturbação					
20.16. Crimes sexuais					

21. Consideras-te bem informado sobre os assuntos relacionados sobre a Sexualidade? Porquê?

22. Como consideras que tem sido o papel dos teus pais na tua educação sexual ? (assinala com X)

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

23. Como consideras que tem sido o papel dos teus amigos na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

24. Como consideras que tem sido o papel da escola na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

25. Como consideras que tem sido o papel da igreja na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

26. Como consideras que tem sido o papel da televisão na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

27. Como consideras que tem sido o papel da INTERNET na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

28. Como consideras que tem sido o papel dos livros científicos na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

29. Como consideras que tem sido o papel da Imprensa escrita na tua educação sexual ?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Assinala (com X na quadrícula) a tua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

30. As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

31. O aborto deve ser acessível sempre que uma mulher sinta que essa é a sua melhor decisão

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

32. A informação e orientação sobre contraceção deveriam ser dados a todas as pessoas que desejam ter relações sexuais.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

33. Os pais deveriam ser informados se os seus filhos menores de 18 anos forem a uma consulta para pedir métodos contraceptivos.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

34. O governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

35. A prostituição deveria ser legalizada

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

36. Abraçar ou beijar alguém do sexo oposto faz parte natural da experiência do crescimento dos jovens.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

37. As carícias excitantes em qualquer parte do corpo só deveriam ser permitidas às pessoas casadas.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

38. As relações sexuais dos jovens são um facto para mim, inadmissível.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

39. As relações sexuais entre jovens solteiros são admissíveis, mesmo que não haja afeto, se as pessoas envolvidas estiverem de acordo.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

40. O comportamento homossexual é uma variação aceitável das preferências sexuais das pessoas.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

41. Uma pessoa que apanhe uma doença de transmissão sexual, está a ter exatamente o que merece.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

42. O comportamento sexual das pessoas é uma matéria que só a elas diz respeito e ninguém deve fazer juízos morais sobre isso.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

43. As relações sexuais deveriam somente ter lugar entre pessoas casadas uma com a outra.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

44. A masturbação é um comportamento admissível na adolescência.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

45. Homens e mulheres devem ter os mesmos direitos e liberdades na sua vida sexual.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

46. A educação sexual nas escolas é uma coisa útil para os jovens.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

47. A iniciativa sexual deve caber mais aos homens do que às mulheres

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

48. A educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais mais precoces.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

49. A virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

50. Está provado que a masturbação faz mal à saúde.

Discordo	Discordo	Não tenho posição	Concordo	Concordo
-----------------	-----------------	--------------------------	-----------------	-----------------

totalmente	bastante	definida	bastante	totalmente
1	2	3	4	5

51. É à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos.

Discordo totalmente	Discordo bastante	Não tenho posição definida	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

Muito obrigado pela tua colaboração!

APÊNDICES

Apêndice I. Projecto Individual de Estágio (PIE)



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



3º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins
Coorientador: Professor Doutor António Arco

PROJECTO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO
PORTALEGRE

Discentes:

Gaudêncio Miguel Tavares

MAIO
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutora Filomena Martins

PROJECTO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO PORTALEGRE

Discentes:

Gaudêncio Miguel Tavares

MAIO
2013

“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade”.

(Ordem dos Enfermeiros-Decreto-lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009:47)

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	5
1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	7
2 – PROJECTO	12
2.1. – ÁREA DE INTERVENÇÃO	14
2.1.1. – Campo de estágio - Escola Secundária de S. Lourenço	15
2.2. -CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	16
2.3. – LOCAL DE FORMAÇÃO E POPULAÇÃO-ALVO	19
2.4. – OBJECTIVOS	19
2.5. – CONTEÚDOS DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	20
2.6. – METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	21
2.7. – PREVISÃO DE RECURSOS	21
2.8. – AVALIAÇÃO	21
CONCLUSÃO	22
BIBLIOGRAFIA	24
APENDICES	37
Apêndice I – Cronograma do Projeto individual de Estágio	38

INTRODUÇÃO

Inserido no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, deverá ser elaborado um projecto de estágio que irá ser realizado durante o segundo ano do mestrado que permitirá ao discente desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, através da interacção da teoria e da prática na construção do nosso perfil de enfermeiro especialista em saúde comunitária.

Deste modo, o presente documento servirá de matriz face à intervenção comunitária que se pretende implementar.

O estágio, terá assim como finalidade complementar a formação teórica com a prática, sendo que pela sua natureza os campos de estágio são espaços enriquecedores da experiência.

É nestes que o enfermeiro especialista procura a traduzir esta relação biunívoca (teoria /prática) consolidando os conhecimentos adquiridos e as competências definidas para o enfermeiro especialista. “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção ” (Ordem dos Enfermeiros-Regulamento 122/2011:8648).

A escolha da temática do presente projecto vai ao encontro da área da promoção da saúde e baseia-se num diagnóstico de situação realizado, anteriormente, pelo grupo de mestrandos durante o final do segundo semestre do mestrado, na Escola Secundária de S. Lourenço em Portalegre.

Face ao trabalho anteriormente desenvolvido, é nosso objectivo realizar o estágio Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre.

O exercício profissional dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária centra-se na relação interpessoal entre si e o individuo, ou entre si e um grupo de indivíduos (famílias ou comunidades).

Na Declaração de Munique (WHO, 2000) é referido que “os enfermeiros podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais-valia na saúde pública das populações dos nossos dias. Assim, estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e da eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam”.

Neste sentido, a prática profissional do enfermeiro deverá inserir-se num contexto de atuação multiprofissional, na qual o planeamento em saúde é um dos seus pilares. Para que se processe, é necessário iniciar um diagnóstico de situação que permita identificar os problemas e necessidades de um grupo ou de uma comunidade.

Para que tal seja possível, é fundamental apostar na formação pós-graduada dos enfermeiros em áreas de especialização, sendo que estes devem ter “competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648), em que os domínios das suas competências comuns incluem “responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8649).

Tendo por base o carácter profissionalizante desta Especialidade, os campos de estágio constituem um momento privilegiado, que enriquecido pela componente teórica, constitui uma oportunidade de desenvolver a prática de cuidados de uma forma proficiente, adquirindo competências de modo a proceder e uma supervisão clínica eficaz e otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

A sociedade de hoje está ciente de que abordar as questões da sexualidade é fundamental para a construção plena dos indivíduos. A necessidade desta abordagem ressen-te-se fundamentalmente na fase da adolescência, pois representa o período de vida mais conturbado da vida humana.

Na adolescência acontece uma panóplia de mudanças somáticas e psíquicas que mobilizam toda a esfera emocional dos jovens. Neste sentido, para além dos conhecimentos a nível da anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino, o adolescente ne-cessita ter ideias claras sobre o que vai sentir diretamente no seu próprio corpo.

Para além destes aspetos de ordem biológica, é fundamental que os adolescentes recebam uma Educação Sexual com orientação de índole ética e moral.

A sexualidade é também uma forma de comunicação entre as pessoas, sendo influ-enciada pela educação recebida e pelas experiências vividas durante a infância e adoles-cência. Logo, são importantes as experiências positivas que acompanham o crescimento, tais como os cuidados com o corpo, o relacionamento de carinho com os pais e a aceitação do próprio corpo. Acima de tudo, o ser humano é social por excelência e o processo de rela-ção realiza-se fortemente através da sexualidade.

Os jovens não necessitam apenas de conhecimentos técnicos, é fundamental uma educação completa, que envolva todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte. Nes-te sentido, é imprescindível um maior envolvimento da família, escola, pares, parceiros se-xuais e comunidade como agentes ativos na aprendizagem sexual baseada na verdade e na frontalidade.

Enquanto processo educativo, a educação sexual visa o desenvolvimento da perso-nalidade do individuo como ser sexuado. O seu principal objetivo é o desenvolvimento psi-cossexual da criança e do adolescente, com vista á formação da personalidade adulta; e pretende ainda ajudar os jovens a conhecer, compreender e respeitar o outro.

A abordagem da educação sexual em contexto escolar assume hoje uma importância fulcral. A escola já não se limita a ser o local onde se preparam os alunos para o mundo profissional, é sim encarada como um veículo de preparação para a vida.

É no ambiente escolar que são adquiridas competências de desenvolvimento pessoal e social, que conferem aos indivíduos a capacidade de construir o seu próprio projeto de vida e intervir nos projetos da sociedade.

É através da reflexão que os adolescentes podem consolidar o que aprenderam e podem desenvolver uma nova compreensão, novas atitudes e novas capacidades em relação aos assuntos em causa.

Os enfermeiros deverão ter o cuidado de proporcionar informação escrita aos adolescentes, que estes possam guardar como referência futura e ainda disponibilizar uma forma de contacto para que os adolescentes possam esclarecer dúvidas que venham a surgir no futuro.

É através da reflexão que os adolescentes podem consolidar o que aprenderam e podem desenvolver uma nova compreensão, novas atitudes e novas capacidades em relação aos assuntos em causa.

A educação para a saúde, pela sua magnitude, deve ser percebida como uma vertente importante da prevenção, e que na prática deve procurar a melhoria das condições de vida e de saúde das populações.

Os jovens adolescentes encontram-se numa fase do ciclo de vida particularmente sensível e, por isso, a intervenção do enfermeiro junto destes assume uma importância acrescida.

“É no contexto rico e instável da vida interior, próprio da adolescência, onde frequentemente se misturam a curiosidade, o desejo, as incertezas e inseguranças, a atração e a vertigem do imediato, que os jovens têm de aprender a conduzir os seus processos volitivos” (Ferreira *et al.*, 2004).

Após o conhecimento das opções possíveis, os jovens adolescentes devem ser capazes de decidir com lucidez e com sentido dos valores envolvidos, de modo a optarem pela alternativa mais adequada ao seu desenvolvimento pessoal.

Várias investigações mostram que as origens do comportamento humano, em todos os seus domínios, se situam na infância e na adolescência. Por esse motivo, as escolas básicas e as secundárias podem ter um papel privilegiado em proporcionar uma educação para a saúde sistemática e eficaz, embora seja necessário associar a família e todas as outras iniciativas sociais.

“A educação para a saúde nos estabelecimentos de ensino tem por finalidade inculcar nos alunos, atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças evitáveis na sua idade. Para além disso, deve tentar responsabilizá-los pela sua própria saúde e prepará-los para que, ao sair da escola e incorporar-se na comunidade, adotem um regime, um estilo de vida o mais saudável possível.” (Pestana, 1995; citado por Martins, 2009).

A necessidade marcante de abordar temas relacionados com a saúde nas escolas levou ao surgimento do conceito de Escola Promotora de Saúde, cujo objetivo é contribuir

para o total desenvolvimento das potencialidades dos alunos, o que implica que os jovens tenham um papel ativo neste processo:

“Uma escola que se deseja promotora de saúde deve criar condições para os alunos desenvolverem plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. O processo educativo, numa escola que se assuma promotora de saúde, assenta no envolvimento dos diferentes elementos da comunidade local, valorizando a participação ativa dos jovens e o papel dos adultos de referência.” (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, 2000; citado por Costa, 2006).

Refletindo a sociedade em que vivemos, a escola integra hoje estudantes de origens culturais muito distintas. Neste contexto, a escola assume um papel fundamental nas atitudes de respeito que devem merecer essas diversas sensibilidades, sem nunca deixar de lado a família, que na realidade é o espaço emocional fundamental onde estas têm origem.

De acordo com o GTES (2007, citando Kuntsche & Jordan, 2006) na Europa os adolescentes passam cerca de 2/3 do tempo na escola, pelo que esta tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia dos adolescentes.

A escola é pois o local privilegiado da relação do adolescente com os pares. A grande maioria dos adolescentes dá valor aos aspetos positivos da vida, tanto na família como no grupo de pares, e valorizam a escola no seu percurso individual.

Neste contexto, e procurando uma intervir de modo preventivo, protetor e promocional, é fundamental identificar, em cada escola, quais os aspetos considerados pelos alunos como aspetos positivos promotores de estilos de vida saudáveis (incluindo fatores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares); quais os fatores que estão associados ao bem-estar dos alunos e através de que mecanismos tal acontece. Todas as intervenções devem centrar-se em fatores positivos e em comportamentos alternativos.

O tema da Sexualidade e da Educação Sexual é um tema particularmente delicado para muitos pais e professores e, por isso, faz com que estes não sejam capazes de transmitir um conjunto coerente de opiniões, essencial para capacitar os jovens a fazerem escolhas que lhes permitam evoluir na adolescência com responsabilidade, satisfação e segurança.

E educação sexual em contexto escolar e integrada na educação para a saúde, centra-se na mudança de atitudes e crenças que se julgam ser determinantes do comportamento, com vista à promoção de um melhor estado de saúde. “Tem como objetivo a integração das várias dimensões da sexualidade humana numa postura responsável de crianças e jovens, numa perspetiva transversal, desde as relações interpessoais, responsabilidades, anatomia, fisiologia, etc.” (Moreira, s.d.; citado por Coimbra, 2012).

Atualmente verifica-se uma maior consciencialização sobre estes assuntos, quer no âmbito das instituições (serviços de saúde e escolas), quer no seio das famílias,

despertando para a necessidade de garantir que os jovens adquiram conhecimentos que lhes permitam vivenciar uma sexualidade responsável.

Existem várias técnicas de educação sexual e por isso, a seleção de uma determinada estratégia de intervenção deverá basear-se na adequação ao contexto específico onde se vai intervir.

A estratégia mais comumente utilizada centra-se em atividades desenvolvidas no âmbito do espaço-turma com a participação ativa dos adolescentes. Cabe ao agente educativo que está a dinamizar a sessão promover o trabalho de reflexão e incentivar a problematização de questões que vão sendo propostas aos adolescentes num clima geral de diálogo construtivo (Ferreira *et al.*, 2004).

As atividades podem ser desenvolvidas em pequenos ou grandes grupos, sendo a seleção feita com base no bom senso e na adaptação à fase de desenvolvimento dos adolescentes em causa. Exemplos de técnicas utilizadas: *brainstorming*, discussão de casos, técnicas de relaxamento, jogos de desenvolvimento pessoal e de relação interpessoal, técnicas de relaxamento.

A utilização deste tipo de técnicas implica experiência e algum domínio, sendo mesmo necessárias algumas aprendizagens e treino específico para a sua aplicação, uma vez que são meios poderosos de intervenção, frequentemente utilizados em contextos terapêuticos (Ferreira *et al.*, 2004).

As atividades a desenvolver e os conteúdos a abordar devem estar adaptados às várias etapas de desenvolvimento psicosssexual (um jovem com 10 ou 12 anos tem certamente interesses e necessidades diferentes de um jovem de 15, 16 ou 17 anos).

Por outro lado, é também importante não esquecer que, mesmo considerando uma determinada fase de desenvolvimento – pré-adolescência, adolescência, jovem, etc. – subsistem profundas diferenças individuais, o que origina turmas heterogêneas na sua composição, nos seus temas de interesse e nas suas inquietações.

É ainda de realçar as diferenças que se verificam nos interesses e necessidades dos rapazes e das raparigas da mesma idade. São fases de desenvolvimento muito rápidas e em que os processos de aprendizagem não são lineares, acontecendo por meio de avanços e recuos. Os temas de interesse podem variar em cada ano escolar e até mesmo ao longo do próprio ano. (Frade, 2009).

O papel do enfermeiro nas sessões de educação sexual passa por promover a análise de hipóteses alternativas de escolha que se deparam ao adolescente, mostrando as vantagens e desvantagens, e fomentando um espaço de reflexão e discussão das mesmas. Deste modo está a estimular o crescimento/amadurecimento interior de cada jovem adolescente.

“A vivência da sexualidade, e a expressão e dádiva do que cada um tem de mais íntimo, merece ser tratada com toda a atenção e delicadeza, respeito e responsabilidade, pois tanto pode ser fonte de felicidade e enriquecimento como pode tornar-se origem de profundo sofrimento. A oportunidade de realização humana implícita na vivência responsável da sexualidade pode ser esbanjada e banalizada se não for orientada no sentido do amor humano autêntico” (Ferreira *et al.*, 2004).

O Conselho de Enfermagem da Ordem do Enfermeiros, no seu Parecer nº109/2009, defende que “o enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevantes para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades” (Conselho de Enfermagem, 2009).

Deste modo, definimos como **objectivo geral** para o presente projeto elaborar um documento orientador para o estágio a realizar junto dos adolescentes que frequentam o 8.º, 11.º anos de escolaridade da Escola Secundária de S. Lourenço, no contexto de uma sexualidade saudável e responsável.

Como **objectivos específicos**, foram definidos os seguintes:

- Adquirir competências, enquanto futura enfermeira especialista, no âmbito de uma futura especialização em Enfermagem Comunitária;
- Reflectir sobre a problemática da sexualidade na adolescência em contexto escolar;
- Planear intervenções de enfermagem com base nos resultados obtidos num diagnóstico de situação realizado anteriormente, através de um cronograma de actividades;
- Constituir um instrumento facilitador para a avaliação do estágio da mestranda.

O presente projecto dá início com a justificação e pertinência do tema escolhido pelos mestrandos para a realização do diagnóstico de situação em contexto do planeamento em saúde, assim como, da área de intervenção no estágio da especialidade de enfermagem comunitária, onde se contempla uma abordagem à adolescência, enquanto etapa de desenvolvimento do ser humano, e à sexualidade durante este período.

De igual forma, é feita uma breve caracterização ao local de estágio.

Posteriormente serão apresentados os resultados obtidos e conclusões inferidas do diagnóstico de situação realizado e seguidamente será apresentado o projecto de estágio a realizar pela mestrada, onde se procederá à caracterização da população-alvo, serão definidos os objectivos, irá ser feita a descrição dos conteúdos educativos, da metodologia e das estratégias de intervenção, assim como a previsão de recursos.

Por último, termina com uma conclusão e a bibliografia que serviu de base à deste projecto individual de estágio.

2- PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

O presente projeto individual de estágio tem por finalidade definir um modelo de intervenção, face os objetivos para a obtenção do grau de mestre em enfermagem e especialização em enfermagem comunitária.

A escolha da temática e o local em análise consistiu num desafio que nos foi colocado com o intuito de dar continuidade ao trabalho desenvolvido em anos anteriores pelos profissionais da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Neste sentido, a temática central do nosso projeto é a **Sexualidade na Adolescência**, pois constitui para nós uma área de interesse e uma área fundamental no âmbito da Saúde Comunitária. Esta escolha também permite caminhar na direção de uma das áreas contempladas no plano Nacional de Saúde para os anos 2012-2016, onde são estabelecidos indicadores e metas que vão ao encontro das nossas preocupações, como sejam: Indicadores de Ganhos em Saúde, Indicadores do Estado de Saúde e Indicadores do desempenho do Sistema de Saúde.

Julgamos ser uma temática de extrema importância, não só na formação de profissionais de enfermagem de excelência, mas também, no domínio da responsabilidade social de que se reveste; pelo que foi escolhida a Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre como local para desenvolver este diagnóstico e posteriormente intervir com o intuito de promover a saúde sexual dos adolescentes desta comunidade escolar.

Tendo por base o carácter profissionalizante desta Especialidade, os campos de estágio constituem um momento privilegiado, que enriquecido pela componente teórica, constitui uma oportunidade de desenvolver a prática de cuidados de uma forma proficiente, adquirindo competências de modo a proceder e uma supervisão clínica eficaz e otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A sexualidade é também uma forma de comunicação entre as pessoas, sendo influenciada pela educação recebida e pelas experiências vividas durante a infância e adolescência.

Nesse sentido, são importantes as experiências positivas que acompanham o crescimento, tais como os cuidados com o corpo, o relacionamento de carinho com os pais e a aceitação do próprio corpo. Acima de tudo, o ser humano é social por excelência e o processo de relação realiza-se fortemente através da sexualidade.

Os jovens não necessitam apenas de conhecimentos técnicos, é fundamental uma educação completa, que envolva todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte.

Logo, é imprescindível um maior envolvimento da família, escola, pares, parceiros sexuais e comunidade como agentes ativos na aprendizagem sexual baseada na verdade e na frontalidade.

Enquanto processo educativo, a educação sexual visa o desenvolvimento da personalidade do indivíduo como ser sexuado. O seu principal objetivo é o desenvolvimento psicossocial da criança e do adolescente, com vista à formação da personalidade adulta; e pretende ainda ajudar os jovens a conhecer, compreender e respeitar o outro.

A abordagem da educação sexual em contexto escolar assume hoje uma importância fulcral. A escola já não se limita a ser o local onde se preparam os alunos para o mundo profissional, é sim encarada como um veículo de preparação para a vida.

É no ambiente escolar que são adquiridas competências de desenvolvimento pessoal e social, que conferem aos indivíduos a capacidade de construir o seu próprio projeto de vida e intervir nos projetos da sociedade.

Concomitantemente, o desenvolvimento científico das últimas décadas e a crescente complexidade dos sistemas de serviços de saúde tornaram a prática do planeamento numa necessidade amplamente reconhecida (Teixeira *et al.*, 2010).

O estágio terá como objetivo complementar a formação teórica com o desenvolvimento e concretização de uma intervenção na comunidade, reforçando a importância da prática reflexiva em contexto de trabalho e o reforço das competências definidas no âmbito do enfermeiro especialista e mestre em saúde comunitária.

Efectivamente os momentos formativos não implicam “ (...) apenas a aquisição de conhecimentos ou de técnicas implicam também, um desenvolvimento pessoal que passa pela adaptabilidade, flexibilidade, autonomia, que esteja desperto para aprender a aprender” (Costa, 2011:18).

Objectivamente, um dos referenciais que esteve sempre presente ao longo deste nosso percurso formativo foi o conceito de enfermeiro especialista, definido pela OE “enfermeiro especialista é aquele com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, (...), traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2011:8648).

Conjuntamente com as competências acima referidas, outro dos nossos referenciais, foram as competências definidas para o grau de mestre, descritas no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março são: a) Possuir conhecimento e capacidades mais aprofundadas que no 1º ciclo; b) Saber aplicar o conhecimento a situações novas; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e incluir as reflexões éticas e deon-

tológicas da profissão; d) Ser capaz de transmitir as conclusões e raciocínios; e) Aprendizagem ao longo da vida de modo auto-orientado ou autónomo.

Efectivamente, iremos procurar ao longo deste nosso percurso, ser mais competentes, reforçar as nossas capacidades de integração dos conhecimentos adquiridos durante a formação teórica e consubstancia-los na prática em contexto de trabalho.

2.1. – ÁREA DE INTERVENÇÃO

O Alto Alentejo é composto por quinze concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Sousel e Portalegre.

Esta região, tem vindo a perder população de forma acentuada nos últimos anos, apresentando uma população muito envelhecida, limitando desta forma a capacidade de renovação demográfica e de dinamismo empreendedor, obrigando a mobilizar cada vez mais recursos para o apoio social e de saúde aos segmentos envelhecidos da população residente.

Os principais núcleos urbanos são as cidades de Elvas (15.900 habitantes), Portalegre (15.600 habitantes), Ponte de Sor (8.900 habitantes) e Campo Maior (7.800 habitantes) (INE, 2011).

A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome, cidade onde se pretende realizar o presente projecto.

Relativamente ao seu quadro educativo o distrito de Portalegre conta com uma vasta rede de equipamentos escolares, desde a educação pré-escolar ao secundário profissional e ao Universitário.

O distrito contempla dezanove escolas básicas do 2.º e 3.º ciclo de escolaridade, sendo que oito são escolas básicas integradas 1, 2, 3; onze são escolas básicas 2, 3; sete são escolas secundárias, das quais duas são em Portalegre; onze escolas profissionais; quatro escolas superiores pertencentes ao Instituto Politécnico de Portalegre (três em Portalegre e uma em Elvas).

A rede de ensino privado destaca o Conservatório Regional de Música; duas escolas profissionais; um Centro de Formação Profissional, e a Escola de Hotelaria e Turismo.

2.1.1.- CAMPO DE ESTÁGIO - ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO

A Escola situa-se num local privilegiado da cidade de Portalegre, na Av. George Robinson, freguesia de S. Lourenço.

Ao nível do espaço físico a escola é constituída por 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, e por vários serviços de apoio, destacando um ginásio, um refeitório/ bar, sala de convívio, papelaria, espaços exteriores e uma biblioteca.

Em relação à população estudantil, a Escola Secundária de São Lourenço no ano lectivo 2013/2014 registava cerca de 900 alunos distribuídos por 4 turmas de 7º ano, 12 turmas de 10º ano, 9 turmas de 11º ano, 10 turmas de 12º ano e uma turma de educação e formação de adultos.

A nível de recursos humanos, e segundo dados do projeto educativo escolar 2011-2013, a escola tem ao serviço 80 professores, 69 dos quais pertencem ao quadro de escola, sendo interessante verificar que cerca de 76% do total de docentes já estão ao serviço da Escola Secundária de São Lourenço há mais de 10 anos.

Relativamente ao pessoal não docente, relatamos 38 elementos que garantem o funcionamento do espaço escolar.

Atualmente a escola não pertence a qualquer agrupamento escolar. Os órgãos encontram-se estruturados como estipulado no Decreto-Lei nº 75/2008, de 22 de Abril e são compostos por Conselho Geral, Direção, Conselho Pedagógico e Conselho Administrativo, sendo que o Director exerce também a presidência dos Conselhos Pedagógico e Administrativo.

Tivemos acesso ao projeto educativo da escola, onde verificamos que estão definidas estratégias de promoção da saúde através da organização de atividades de enriquecimento curricular, sendo que umas das áreas referidas nesse mesmo projecto educativo é a educação sexual, consubstanciado no Projecto de Educação para a Saúde e Educação Sexual.

Este projecto procura cumprir o legislado que torna obrigatória a inclusão da Promoção e Educação para a Saúde (PES), como área de formação global do indivíduo, no Projecto Educativo da Escola.

Face ao regulamentado, a escola lecciona uma disciplina de educação sexual com uma carga horária mínima de 12 horas distribuídas ao longo do ano letivo “ (...) deverá ser distribuída de forma equilibrada ao longo do ano lectivo, incorporando um conjunto de conteúdos disciplinares de forma transversal, a constar no Projecto Curricular de Turma, elaborado no início do ano lectivo.” (PES-ESSL, 2010:13).

2.2. -CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população da nossa intervenção comunitária foi constituída por 214 alunos, 99 rapazes (46,3%) e 115 raparigas (53,7%), cuja idade variou entre os 13 e os 20 anos.

Da nossa amostra, 77 jovens frequentavam o 7.º ano (37;6%) e 128 jovens o 10.º ano de escolaridade, correspondendo a 62,4% do total.

A idade média dos participantes do estudo é de 14, 7 anos e a sua mediana traduz o valor de 15 anos.

Na sua caracterização sociodemográfica os pais dos jovens são na sua maioria casados (cerca de 67,8%), admitindo cerca de 98,1% dos jovens viver com a família.

Relativamente à religião, a grande maioria dos jovens dizem ser católicos (78%), pe-se embora a maioria dos jovens (50%) se dizer não praticante em oposição a 38% que referem ser praticantes.

Partimos assim para as conclusões com a finalidade um perfil geral dos aspetos inerentes à sexualidade dos adolescentes em estudo, com especial destaque para a análise das atitudes dos adolescentes face à sexualidade.

Face aos resultados obtidos, evidencia-se que a maioria dos jovens inquiridos na amostra são do sexo feminino (53,7%) sendo 46,3% do sexo masculino, a idade dos intervenientes varia entre os 13 e os 20 anos.

Este estudo procurou ainda identificar quais os principais canais de informação dos jovens sobre as questões acerca da sexualidade. Do levantamento desta questão, podemos concluir que os jovens a quem recorrem em primeiro lugar são os amigos (48,6%). A mãe é identificada em cerca de 19,6% das respostas como canal referencial destas questões, sendo que apenas 3,3% referem o pai.

Os pais surgem como apoio para cerca de 9,3%. Com valores muito inferiores surgem os irmãos (3,3%) e os professores com 2,8%.

Nesta questão sublinhe-se que cerca de 11,2% dos jovens não fala de sexualidade com ninguém, reforçando ainda o tabu destes assuntos na vida dos jovens.

Naturalmente, face à questão relativa à dificuldade de os jovens em conversar com os pais na sua grande maioria (70,6%), refere não ter dificuldade sendo que apenas 29,4 % assume que sim. Esta questão orienta-nos no sentido de que escolha dos jovens vai no sentido de usar com principal fonte de informação e partilha os seus pares.

À questão se os jovens inquiridos já tomaram a decisão de iniciar a sua vida sexual, os inquiridos na sua grande maioria (70,6%), responderam que não, sendo que apenas 29% afirmar que já decidiram começar a ter relações sexuais.

Já à pergunta relativa sobre qual o método contraceptivo que os inquiridos escolhem, na sua vida sexual 68,2 % referem que nenhum. Esta resposta infere para a necessidade de trabalhar de forma mais eficaz com os jovens matérias relativas à contraceção.

O preservativo surge como a escolha para cerca de 26,6% dos jovens. A pilula traduz um valor residual de apenas 2,8% das respostas.

Na resposta à questão se tem amigos homossexuais, a maioria dos jovens (62,1%) respondeu de forma negativa (logo têm amigos apenas heterossexuais) e 37,9% afirmou que tem amigos que identifica com tendências homossexuais.

No questionamento aos jovens sobre a sua preocupação com o VIH (SIDA), na sua grande maioria (85%) afirmaram que sim que é uma questão que os preocupa, sendo que apenas 15% responderam que não se preocupam com esta questão.

Uma das questões centrais dos jovens é a sua relação com o seu corpo, naturalmente cerca de 71,4% dos jovens responderam de forma positiva à questão se a imagem corporal era uma preocupação sua.

Na resposta à questão sobre quem os jovens recorrem para abordar temas como a SIDA, imagem corporal e homossexualidade, cerca de 79,4% dos inquiridos referem serem os amigos a quem procurem em primeiro lugar para falar sobre estas temáticas, sendo que 41,6% dos participantes assumem recorrer aos colegas.

Nos tempos que correm a internet é fonte de informação cada vez mais importante para os jovens, sendo que cerca de 40,7% dos jovens procura esclarecer as suas dúvidas acerca destas questões através desta ferramenta.

Da população estudada apenas cerca de 10,3% refere o professor como apoio ao esclarecimento destas questões.

Refira-se ainda que os livros e as revistas são ainda uma escolha dos jovens com 14% e 15,9% respetivamente. Já o padre surge com um valor residual de 2,3%.

Relativamente à questão que procura avaliar com que frequência os inquiridos falam com a mãe sobre temas de sexualidade, podemos concluir que existem temas de muito difícil abordagem por parte dos jovens. Da análise, podemos concluir que existem temas que os inquiridos referem nunca falar designadamente: pornografia (79,4%) os sonhos molhados (77,6%), e a masturbação (74,8%).

Relativamente aos temas que os jovens também nunca falam com a mãe, surgem ainda com percentagens elevadas, a vida sexual dos adultos, (44,9%) a pílula (45,8%), a homossexualidade (43,0%) e o aborto com 42,5%.

As temáticas sobre a sexualidade que surgem como mais frequentemente abordadas pelos jovens com a mãe são: o namoro (31,3%), as mudanças corporais na adolescência, (36,0%) a SIDA (13,1%) outras doenças sexualmente transmissíveis (13,6%) e a gravidez (13,6%).

Os temas que os jovens referem como abordar sempre com a mãe destacam-se: período menstrual (22,9%), namoro (21,5%) e as mudanças corporais na adolescência (12,1%).

Quando comparadas as respostas relativas à frequência com que falam com a mãe e com pai sobre questões relacionadas com a sexualidade verifica-se uma sobreposição dos mesmos. Isto significa que não há diferenças significativas no que diz respeito às questões abordadas pelos jovens quer com as mães quer com os pais.

Emergem como assuntos nunca abordados pelos jovens com o pai a masturbação (83,6%), os sonhos molhados (82,2%), a pílula (82,2%), a pornografia (79,9%) e a vida sexual dos adultos (73,4%) e o aborto (73,4%).

Face aos temas mais frequentemente abordados com os pais surgem as mudanças corporais na adolescência (8,9%) e o namoro (13,6%).

Acentue-se que 7, 6 % dos jovens inquiridos refere falar sempre com o pai sobre namoro.

Face à questão se os jovens se consideravam bem informados relativamente às questões sobre a sexualidade, a maioria da população em estudo (76,6%) respondeu afirmativamente.

Apenas, cerca de 23,4% dos inquiridos referem que não estão bem informados relativamente a esta temática.

No estudo desenvolvido procurou-se ainda perceber como os jovens consideravam o papel dos pais na sua educação sexual.

Sobre esta questão 31,3% dos jovens considera que o papel dos pais é muitas vezes importante, 27,6% importante, e 21,0% muito importante.

Por seu lado 7,9% dos jovens assumem ser o papel dos pais pouco importante.

Quanto à importância do papel dos diferentes interlocutores na educação sexual dos jovens participantes do estudo, verifica-se que a escola, os pais e os amigos surgem como os mais relevantes. Já 21,0% dos jovens referem o papel dos amigos como muito importante, dos pais também com 21%, logo seguido da escola com 17,3%.

Outro dos interlocutores referidos como muito importante face ao seu papel na educação dos jovens surge a internet com cerca de 14,5% e os livros científicos com 7,0%.

Menos referenciados em termos de importância surge a imprensa escrita (2,8%) e a igreja (1,9%).

Em relação à religião e a sua prática, os resultados obtidos revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das atitudes face à sexualidade entre os jovens que têm ou não religião e se são ou não praticantes.

Os resultados também evidenciaram que os jovens elegem os seus amigos para falar sobre temas de sexualidade, sendo que a internet surge também como um recurso muito utilizado.

Relativamente ao estudo da escala de atitudes liberal / conservador face à sexualidade conclui-se que:

- Quanto mais velhos, os jovens vão sendo menos conservadores;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, face a atitude liberal/conservador perante a sexualidade;
- Os jovens que se dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade. Esta questão parece ser influenciada pelo facto dos jovens seguirem, ou não, fielmente as normas religiosas.

Perante a conclusão de um dos princípios objetivos deste estudo a construção de um índice liberal /conservador este revelou que os jovens inquiridos são tendencialmente liberais com um valor de índice de 64,5%.

2.3.-LOCAL DE FORMAÇÃO E POPULAÇÃO-ALVO

As acções de educação para a saúde terão lugar nas instalações da Escola Secundária de S. Lourenço

A sua população alvo são os alunos do 8.º e 11.º ano de escolaridade num total de 214 alunos.

2.4. – OBJECTIVOS

Foi definido como **objetivo geral** para o estágio que se prevê realizar, na Escola Secundária de S. Lourenço:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, através da interacção da teoria e da prática na construção do nosso perfil de enfermeiro especialista em saúde comunitária.

E como **objetivos específicos**:

- Aprofundar os conceitos teórico-metodológicos relativos à promoção e educação para a saúde.
- Desenvolver competências na implementação de projectos de intervenção comunitária.

- Desenvolver a capacidade de análise e interpretação dos dados recolhidos no diagnóstico, bem como a sua estruturação através de uma intervenção comunitária em meio escolar.
- Desenvolver a capacidade, operacionalização e controlo das actividades de educação para a saúde, bem como de avaliação dos objectivos definidos.
- Realizar sessões de educação para a saúde aos jovens da Escola Secundaria de S. Lourenço em temas relativos à sexualidade na adolescência.

2.5. – CONTEÚDOS DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Relativamente ao processo de planeamento e preparação das sessões de educação para a saúde, é nosso objectivo que as mesmas cumpram o suporte teórico preposto pela Teoria de Aprendizagem Social ou Teoria Cognitiva de Bandura.

Procuraremos ainda ter em conta o perfil dos jovens e o contexto espacial onde as sessões seriam realizadas, a sala de aula.

Com base nestas orientações e nos temas que emergiram do respectivo diagnóstico de situação, enquadrando-os naquilo que está preconizado ser abordado nos diferentes níveis de ensino, relativamente ao 8.º ano, Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) propõem que, ao nível do 3.º ciclo, sejam abordados os temas das modificações do corpo, da noção de sexualidade, as relações interpessoais adolescente / grupo de pares, a orientação sexual (expressões de sexualidade), as relações interpessoais adolescente / família, os papéis sexuais, as novas capacidades reprodutivas, a resposta sexual humana, a contraceção, as IST e os abusos sexuais.

Como apoio, seguimos ainda as orientações Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) relativas às temáticas a serem abordadas relativamente aos alunos do ensino secundário designadamente: a noção de sexualidade e desenvolvimento psicosssexual, a beleza e moda, as expressões da sexualidade, as relações interpessoais em termos da relação de casal, a sexualidade e a lei, a gravidez e o parto, a contraceção, a Sida e a exploração sexual.

Cruzando estas orientações com o diagnóstico de necessidades efectuado, com os alunos do 11.º ano abordaremos os seguintes temas:

- A sexualidade como uma expressão fundamental da vida;
- As diferentes dimensões da sexualidade;
- As diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação;
- Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida;

- Identidade e orientação sexual de cada indivíduo;
- Os diferentes comportamentos associados à sexualidade: carícias, beijos, masturbação, etc.;
- O direito à abstinência ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável;
- As diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos;
- A importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas.

2.7. – PREVISÃO DE RECURSOS

Relativamente aos recursos necessários para a execução das intervenções previstas, são:

Recursos humanos:

- Alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professora da ESSP responsável pelo Estágio;
- Direção e Professores da ESSL;
- Jovens do 8.º e 11.º ano EESL;

Recursos materiais:

- Salas de aula da ESSL;
- Computador e projetor multimédia;
- Reprografia da ESSP, onde foram fotocopiados os questionários de avaliação.

2.8. – AVALIAÇÃO

A avaliação do presente projecto individual de estágio, será efectuada através da apresentação do respectivo relatório de actividades, em data a definir pela coordenação do 3.º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

CONCLUSÃO

A saúde é um bem inquestionável, constituindo a base do desenvolvimento pessoal, social e económico.

Por vezes encarada numa perspectiva reducionista como mera ausência de doença, a saúde enquanto conceito, ganhou uma dimensão mais global e holística ao ser definida como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946).

Todavia, contestando de alguma forma esta definição, (que nos propõe uma perspectiva de saúde como algo estático e dificilmente atingível), hoje, esta retoma a sua tradição hipocrática, ao ser encarada cada vez mais como um equilíbrio dinâmico entre factores intrínsecos ao ser humano, de natureza biológica, psicoafectiva e comportamental e factores extrínsecos, próprios do meio ambiente físico e relacional que o rodeia.

Mas a saúde é, também, a capacidade de desenvolver recursos e potencialidades, quer no plano individual, quer colectivo, com vista à obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida.

Neste sentido, deve ser entendida como um recurso para a vida que é necessário aprender a manter e promover.

No entanto, o actual padrão de doença, predominantemente caracterizado por patologias de génese comportamental, mostra que a saúde nem sempre é um critério devidamente valorizado ao nível das escolhas individuais.

Embora estado da arte mostre que hoje em dia, a informação dos cidadãos (relativamente aos riscos para a saúde de alguns destes comportamentos), seja, em alguns casos razoável (a questão do fumar é neste aspecto paradigmático), verifica-se que as opções individuais nem sempre são coerentes com a informação que se dispõe.

A adolescência é marcada por mudanças somáticas e psíquicas, o que afecta todo o campo emocional dos jovens.

Neste sentido, para além dos conhecimentos a nível da anatomia e fisiologia do aparelho genital feminino e masculino, o adolescente necessita ter ideias claras sobre o que vai sentir diretamente no seu próprio corpo. Para além destes aspetos de ordem biológica, é

fundamental que os adolescentes recebam uma educação sexual com orientação de índole ética e moral.

A educação sexual, enquanto processo educativo, “(...) visa o desabrochar da personalidade do indivíduo enquanto ser sexuado. Tem como principal objectivo o desenvolvimento psicosssexual da criança e do adolescente, com vista à formação da personalidade adulta. A educação sexual deve também ajudar os jovens a conhecer, compreender e respeitar o outro” (Costa, 2006:2).

Os jovens não necessitam apenas de conhecimentos técnicos, é fundamental uma educação completa, que envolva todo o ciclo de vida, desde o nascimento até à morte.

Logo, é imprescindível um maior envolvimento da família, escola, pares, parceiros sexuais e comunidade como agentes ativos na aprendizagem sexual baseada na verdade e na frontalidade (Costa, 2006).

Pese embora a informação sobre saúde ser necessária para escolhas saudáveis, esta não é por si só suficiente, já que outros factores e motivações interferem neste plano das decisões individuais.

Na realidade, os nossos hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação de que dispomos, mas também pelos nossos valores, crenças e atitudes e pelos diferentes contextos de vida em que nós atuamos, mais ou menos facilitadores de determinadas opções.

Desta forma, trabalhar em educação para a saúde não pode restringir-se a uma mera actividade de informação. Este é, contudo, o modelo subjacente a algumas formas de intervenção, como sejam as palestras ou as campanhas de informação. Em termos de educação para a saúde, estas actividades, embora potencialmente uteis, não são, todavia suficientes.

De facto, só podemos dizer que houve educação quando se utilizaram processos pedagógicos facilitadores da aprendizagem (Piscalho & Leal, 2002).

Isto é, quando os envolvidos no processo foram chamados a participar de forma activa, de molde a adquirir o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser necessários à adopção de um dado comportamento, de modo informado, consciente e autónomo

Assim, enquanto processo educativo, a educação sexual visa o desenvolvimento da personalidade do individuo como ser sexuado. O seu principal objetivo é o desenvolvimento psicosssexual da criança e do adolescente, com vista á formação da personalidade adulta; e pretende ainda ajudar os jovens a conhecer, compreender e respeitar o outro.

A abordagem da educação sexual em contexto escolar assume hoje uma importância fulcral. A escola já não se limita a ser o local onde se preparam os alunos para o mundo profissional, é sim encarada como um veículo de preparação para a vida.

Para concluir há que salientar a importância da elaboração deste projecto de estágio, pois este permite-nos a definição de uma linha orientador face aos objectivos iniciais definidos.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. (1988). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Agreda, Esther A. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educere n.º45* (13) [online], 415-425.
- Almeida, C.; Pinheiro, E.; Beserra, M. & Barroso, G. (1996). *Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes*
- Alvarez, M. (2005). *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco – o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de proteção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Anastácio, Z. (2012). *Saúde e desenvolvimento adolescente: relação entre a tomada de decisão, comportamento sexual, autoestima e imagem corporal*. Acedido a 08 de abril de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21346/1/SA%c3%9aDE%20E%20DESENVOLVIMENTO%20ADOLESCENTE.pdf>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Barbosa, M.R. (2001). *A vinculação aos pais e a imagem corporal de adolescentes e jovens adultos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Bastos, V., Moreira, A., Ota, R., Zanatta, N., Abe, C. & Lucas, A. (2010). *Educação Sexual com Mitos e Verdades da Sexualidade*, Universidade Estadual de Maringá. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao_e_Genero/Trabalho/07_37_34_educacao_sexual_com_mitos_e_verdades_da_sexualidade.pdf
- Bastos, A. (2003). *Afetividade na Adolescência – Sexualidade e Educação para os Valores*. Lisboa: Edições Paulinas.

- Bell J. (2009). Why embarrassment inhibits the acquisition and use of condoms: a qualitative approach to understanding riskysexual behaviour. *Journal Adolesc.*;32:379–91.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, M. (2012). *Sexualidade na adolescência: perspetiva do adolescente face à sexualidade*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança (Curso de Mestrado em Gestão das Organizações), Bragança. Acedida a 19 de Maio de 2013 em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8008/1/Fatima_Bras_MGO_1_%c2%baano_Gest%c3%a3o%20das%20Unidades%20de%20Saude.pdf
- Brêtas, J. & Silva, C. (2005). *Orientação Sexual para adolescentes: Relato de Experiencia*. In Acta Paul Enferm. Acedido a 22 de Maio de 20013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300015
- Brissos, M. (2004, Janeiro/Junho). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 43-55. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2004, Janeiro/Junho). Educação para a saúde: diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 57-70. Acedido a 30 de Maio de 2013 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-06-2004.pdf>
- Claes, M. (1990). *Os Problemas da Adolescência*. Lisboa: Verbo.
- Coimbra, J. (2012). “Clica já” – Educação sexual em meio escolar. In *Millenium* (43), 127-131. Acedido a 30de Maio de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium43/8.pdf>
- Conferência Episcopal Portuguesa (2005). *Educação da Sexualidade*, Nota sobre a Educação da Sexualidade. Acedido a 22 de junho de 2013 em <http://www.agencia.ecclesia.pt/index.shtml>

- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 1 – 5
- Costa, Maria de Lourdes (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidado*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Doutoramento em Educação), Lisboa. Acedido em 22 de julho de 2013 em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20%20Mais%20Saber,%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>
- Costa, A. (2006). *A educação sexual numa perspetiva de Educação para a Saúde: Um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho – Instituto de educação e Psicologia (Mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde), Braga. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6284/3/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20de%20Mestrado.pdf>
- Cruz, M. F. (2011). *Educação para a saúde – intervenção comunitária aos três níveis de prevenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade católica Portuguesa (Curso de mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária), Lisboa.
- Dias, M.G., & Fontaine, A.M. (2001). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Escola Secundária de São Lourenço, Projeto Educativo de Escola 2011-2013. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://www.essl.edu.pt/images/pdf/PE.pdf>
- Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre
- Fernandes, A. (2006). *Projecto ser mais – Educação para a sexualidade* in http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/vti_cnf/TESE_Armenio_web/ acedido em 19 de junho de 2013

- Ferreira, M. & Nelas, P. (Fevereiro 2006). *Adolescências... Adolescentes... Educação, ciência e tecnologia*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a Maio de 2013 em <http://hdl.handle.net/10400.19/409>
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (52), pp. 132-137
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- Galvão, M. & Costa, E. (2000). Sexualidade da Adolescente: Anticoncepção e DST/AIDS. *RBM – Caderno de Ginecologia e Obstetrícia* (57), 8-19
- Garraio, I. (2011). *Histórias da história, 125 anos da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre*. Lisboa: Edições Colibri.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A.; Ferreira, M.; & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/ SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 7 (vol2), 299-316
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (2.^a edição). São Paulo: Editora Atlas
- Goossens, L. (2006). *Theories of adolescence*. In S. Jackson & L. Goossens, Handbook of adolescent development. New York: Psychology Press.
- GTES (2005). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 2 Maio de 2013 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgicd.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=rwWSUenzB4_G7Abkl4FA&usq=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=O2xxefr-pjPe arLxIfQQ
- GTES (2007). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 2 Maio de 2013 em

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgjidc.minedu.pt%2Feducacao%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_financial_gtes.pdf&ei=PAaSufLoMqLY7AbullG4Cw&usq=AFQiCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-jJw

- Guerra, Valeschka M. and Gouveia, Valdiney V. (2007). Liberalismo / conservadorismo sexual: proposta de uma medida multi-fatorial. *In Psicologia. Reflexão e Crítica*. Vol.20, n.1, pp. 43-53. ISSN 0102-7972. Acedido a 28 de Agosto de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a07v20n1.pdf>
- Habigzang, L., Azevedo, G., Koller, S. & Machado, P. (2006). *Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vitimas de Violência Sexual*. In *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 379-386. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722006000300006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6ª edição). New Jersey: Pearson Educational, Inc.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2.ª edição). Lisboa: Edições Sílabo
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras avulsas.
- International union for health promotion and education [IUHPE]. (2009). Construindo escolas promotoras de saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar. Acedido a 28 de Maio de 2013 em http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_Portuguese.pdf
- Irwin, C. E., Jr., Burg, S. J., e Uhler Cart, C. (2002). America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 91-121.
- Leal, D. (2006). *Impacto da gravidez na adolescência no distrito da Guarda*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (Curso de Mestrado em Medicina), Covilhã.

- Leitão, I. & Ramoa, C. (2011). *Mitos e crenças sobre aspetos ligados à sexualidade – Educação Sexual em Meio Escolar: Metodologias de Abordagem/Intervenção*. Acedido a 21 de Maio de 2013 em <http://www.cfaematosinhos.eu/M1.pdf>
- Leite, M. *et al* (2007). Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]; Nº 4 (Vol 60) acedido a 17 de Junho de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400014&lng=en&nrm=iso
- Lerner, R.M., & Steinberg, L. (2004). *The scientific study of adolescent of adolescent: Past, present, and future*. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent development*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1-12.
- Looker, K., Garnett, G. & Schmid, G. (2008). An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex vírus type 2 infection. *Bulletin of World Health Organization*, 86 (10), 805 - 812. Acedido a 2 de Maio de 2013. em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/07-046128/en/>
- Lucas, M. (2009). *Adolescência e sexualidade: sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco na adolescência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa (Curso de Mestrado em Sexualidade Humana), Lisboa.
- Macário, R. & Martins, M. (2010). *Educação sexual em contexto escolar: outro ano zero?!*. Acedido a 20 de Maio de 2013 em http://www.esse.ualg.pt/rededeprofessoresinvestigadoresemciencias/joomla/images/stories/Paper_Guarda.pdf
- Madureira, L.; Marques, I & Jardim, D. (2009). Contraceção na adolescência: conhecimento e uso. *Cogitare Enferm*; Nº 15(Vol 1), 100-105
- Martínez, M. (2009). Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (ITS). *Revista Chilena de infectología*. 26(6), 529-539
- Matos, I. (2004). *Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos Adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro
- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.

- Martinez F. & Lopez-Arregui, E.(2009) Infection risk and intrauterine devices. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88 (3)
- Martins, M.; Fernandes, C. & Gonçalves, L. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. In *Reben – Revista Brasileira de Enfermagem*, nº 65, 685-690. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000400020&script=sci_arttext
- Martins, M. A. (2009). *Estado de nutrição, comportamento alimentar e estilos de vida: caracterização de uma população de adolescentes*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Martins, A.; Nunes, C.; Silva, A. & García, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico*, nº 1 (vol39), 7-13. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://www.researchgate.net/publication/234893617_Fontes_de_informao_conhecimentos_e_uso_do_preservativo_em_estudantes_universitrios_do_Algarve_e_de_Huelva
- Martins, M. (2007). *Educación Sexual en los Adolescentes de un Distrito del Norte Alentejano: Análisis y Valoración de Fuentes. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Martins, M. F. (2007). *Familia y Educación Sexual de los Adolescentes: Análisis y Valoración de las Familias de un Distrito del Norte Alentejano ante su Papel y el de las Otras Fuentes de Educación. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Matos MG, Simões C, Tomé G, Camacho I, Ferreira M, Ramiro L. *et al* (2011). A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Ministério da Educação. (2011). *Nova Escola*. Acedido em 31 de Maio de 2013 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>

- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)
- Ministério da Educação [ME] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098
- Ministério da Saúde. [ME]. Direcção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão Geral da Saúde. Acedido em 20 de Maio de 2011 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>
- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro. Gabinete da Ministra. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 240, 17515-17516
- Ministério da Educação [ME] (1984). Lei n.º 3/84 de 24 de Março. *Diário da República*, 1.ª série-A. Acedido a 31 de Maio de 2013 em http://juventude.gov.pt/MigratedResources/461000/461027_Lei203_84pdfEducaexplaneamento.pdf
- Ministério da Saúde [MS]. Direcção-Geral da Saúde. *Plano nacional de saúde 20012/2016: Volume 11 - Indicadores e metas em saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Monteiro, RLM (2005). A *mídia* na informação sobre saúde sexual. *Adolesc Saúde*. n.º2 (Vol1), 17-28. Acedido a 2 de Junho de 2013 em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=194
- Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravanello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15, 1-11.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Decreto – lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro – Estatuto do Enfermeiro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 160, 6528-6550.

- Ordem dos Enfermeiros (2008). Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 2 de Junho de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=488&version=1>.
- Organización Mundial de La Salud (1977). Necesidades de salud de los adolescentes. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS. Ginebra, OMS. (Série de Informes Técnicos, 609).
- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Piscalho, I., & Leal, I. (2002). Promoção e educação para a saúde: Educação da sexualidade nas escolas – Um projecto de investigação-acção com adolescentes que frequentam o 10º ano de escolaridade. *Paper presented at the 4º Congresso de Psicologia da Saúde: A Saúde numa Perspectiva de Ciclo de Vida*, Lisboa.
- Portal do Instituto Nacional de Estatística acedido e trabalhado em Maio/ Junho 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- Reis, M & Matos, M. (2007). Contraceção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 8 (vol 2), 209-220
- Reis, M.; Ramiro, L. & Matos, M. (2009). Contraceção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses. *Revista lusófona de ciências e tecnologias da saúde*. Nº6 (Vol 2), 206-214
- Ribeiro, A. (2011). *Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e comportamentos de estudantes do 8º ano ao 12º ano do norte de Portugal*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa (Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Porto. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3129/1/DM_14228.pdf
- Ribeiro, J., Pontes, A & Santos, L. (2012). Atitudes face à sexualidade nos adolescentes num programa de educação sexual. In *Psicologia, Saúde e Doenças [online]* (2) 13, 340-355. Acedido a 19 de Maio de 2013 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1645-00862012000200015&lng=pt&nrm=iso>
- Rodrigues, C. (2009). *Género e aprendizagem participativa orientada para a ação em educação sexual: um estudo com alunos (as) do 7º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho (Curso de Mestrado em Educação, área de especialização em educação para a saúde), Braga.

- Saavedra, L. & Magalhães, S. (2007). Género, cultura e sexualidade em jovens portugueses e portuguesas: Um programa de educação sexual. In *Actas do Congreso Astur Galaico de Socioloxía*, Corunha.
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar, um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*: Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1998). *Inventem-se novos pais*. (10.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (1998). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. (10.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (1998). *Vivemos livres numa prisão*. (2.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (2000). *Vozes e ruídos: diálogos com adolescentes*. (11.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho
- Segundo, B. (2009). *Sexualidade, cristianismo e poder*. Acedido a 20 de Junho de 2013 em <http://www.revispsi.uerj.br/v10n3/artigos/html/v10n3a05.html>
- Silber, T. J. (1995). Medicina de la adolescência: su historia, crecimiento y evolución. In Maddaleno, M. *et al.* La salud del adolescente e del jovem. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 65-69. (Publicación científica n. 552).
- Silva, H.; Ferreira, S.; Águeda, S.; Almeida, A.; Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 43(Vol 1):8-15
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Simões, C., e Marques, J. (2000). Determinantes sócio-cognitivas de intenções comportamentais relacionadas com a saúde. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(1), 25-36.

- Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A.; Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. In *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 43(Vol 1):8-15
- Sprinthal, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa:Fundação Calouste Gulbenkian.
- Taquette, S. (s.d.) *Sexualidade na Adolescência*. In A Saúde de Adolescentes e Jovens – competências e habilidades. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_comptc_14.html
- Tavares, José; Alarcão, Isabel (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616658&indexSearch=ID>
- Teixeira, F., Martins, I., Ribeiro, P., Chagas, I., Maia, A., Vilaça, T. et al. (2010). *Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas*. (1ª edição – ebook). Braga: edições CIEd. Acedido a 20 de Maio de 2013 em http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/ebook_1_CISES.jpg
- The Cairo conference (1994). United Nations International Conference on Population and Development (ICPD). Acedido a 12 de Junho de 2013 em <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p02009.html>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010). *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade – Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. Acedido a 20 de Maio de 2013 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>
- Vilar, D. (2003). *Falar disso, a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilar, D. (2005, Julho-Setembro). A Educação sexual faz sentido no atual contexto de mudança? In *Revista Educação Sexual em Rede*, 1, 8-14. Acedido em 18 de Maio de 2013 em http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS_DV.pdf

Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes. Lisboa: APF

World Health Organization (WHO) (2001). Local action: creating Health Promoting Schools. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization ((WHO) 2000), Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe- Report on a WHO Conference, Munich, Germany, 15-17 June 2000, p42.

World Health Organization (WHO). 1946. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do Projecto de Estágio

Cronograma de actividades

Acções	2013								2014			
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Janeiro	Fev.	Março	Abril
Revisão Bibliográfica												
Reunião de trabalho com a Direção da ESSL												
Aplicação do instrumento de colheita de dados												
Tratamento e Análise de Dados												
Elaboração do Diagnóstico de situação												
Elaboração do Projecto de Estágio												
Estágio												
Preparação das sessões de educação para a saúde												
Apresentação das sessões de educação para a saúde												
Elaboração do Relatório Final												
Entrega do Relatório Final												

Apêndice II: Material de apoio às sessões de educação para a saúde do 8.º e 11º ano de escolaridade com os respectivos Planos de Sessão

Apêndice III: Questionário de avaliação da satisfação dos participantes nas sessões de educação para a saúde.